UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 35

Contribution à l'Étude des Dépressions Vitales Séniles

et de leur traitement par le Tofranil 10 mg

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

PAR

YVES DESMOULINS

Externe des Hôpitaux

Membres du Jury

MM.	DARDENNE	Président
	GÉRAUD	
	H. BOUISSOU	Assesseurs
	GAYRAL	
	RASCOL	Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN : Monsieur LAZORTHES
1er ASSESSEUR : M. BLANC
2ème ASSESSEUR : M. N.
DOYENS HONORAIRES : Messieurs GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.
PROFESSEURS HONORAIRES : Messieurs RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE, DELAS, RISER, SOULA.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	MERIEL
Clinique médicale		GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique		FABRE Pierre
Clinique chirurgicale et du cancer		GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne		MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires		LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL
Clinique neurologique et psychiâtrique		GERAUD
Clinique obstétricale		GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique		N.
Clinique ophtalmologique		CALMETTES
Clinique ORl et chirurgie maxillo-faciale		CALVET
Clinique rhumatologique		RUFFIE René
Clinique traumatologique des membres		RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale		PONTONNIER
Anatomie		LAZORTHES
Anatomie appliquée		POULHES
Anatomie pathologique		FABRE Jacques
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale		ANDRIEU
Chimie biologique		VALDIGUIE
Electro-radiologie		MARQUES
Embryologie générale		BROUSSY Jean
Histologie		BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie		DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail		PLANQUES
Médecine sociale		BOUNHOURE
Parasitologie		BOUISSET
Pathologie chirurgicale		DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL
Physico-chimie		AUVERGNAT
Physiologie		LAPORTE Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie		BAISSET
Physique biologique et médicale		BUGNARD
Propédeutique médicale		N...
Thérapeutique		DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	COULOUMA
Pathologie médicale	LAPORTE Jacques
Bactériologie	Mme ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	MM.	DOUSTE-BLAZY
Physique médicale		BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	BASTIDE
Anatomie pathologique	BOUISSOU
Anesthésiologie	LARENG
Carcinologie	ESTRADE
Histologie et embryologie	PLANEL
Parasitologie	RUFFIE Jacques
Pathologie expérimentale	GLEIZES
Physiologie	MONTASTRUC
Physiologie	BESSOU
Physique médicale	COMMANAY

AGREGES

Médecine générale	MONNIER
d°	RIBAUT
d°	DELAUDE
d°	CALAZEL
d°	RASCOL
Chirurgie générale	ENJALBERT
d°	FICAT
d°	PASQUIE
d°	SOUQUET
d°	SARRAZIN
Dermatologie et syphiligraphie	DUPRE
Hydrologie	DENARD
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Obstétrique	ESPAGNO
Odontostomatologie	CADENAT Henri
Pédiatrie	BARDIER

AGREGES LIBRES

Anatomie	THOMAS
Ophtalmologie	DEODATI
O.R.L.	CLAUX
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	MM.	BOURBON
Chimie pharmaceutique		BLANC
Matière médicale		VINCENT
Pharmacie chimique et pharmacodynamie		CAUJOLLE
Pharmacie galénique		STANISLAS
Zoologie		ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Mme	CAUJOLLE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	BREUILLAUD
Sciences physiques	PITET
Toxicologie	BROUSSY Georges

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	ROCHE
Secrétaire	BERRUT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en daee du 12 Mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 35

Contribution à l'Étude des Dépressions Vitales Séniles

et de leur traitement par le Tofranil 10 mg

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

PAR

YVES DESMOULINS

Externe des Hôpitaux

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Membres du Jury

MM. DARDENNE — Président

GÉRAUD

H. BOUISSOU — Assesseurs

GAYRAL

RASCOL — Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546525_0013

Contribution à l'Étude des Dépressions Vitales Séniles

et de leur traitement par le Tofranil 10 mg

A MES PARENTS

Pour leur exemple et leur dévouement, je les remercie et je les assure de mon affection.

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DARDENNE

Professeur de Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère gratitude pour son précieux enseignement et pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous confiant ce travail et en nous aidant au cours de sa réalisation.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique

Médecin des Hôpitaux

Membre titulaire de la Société Française de Neurologie

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUISSOU H.

Maître de conférence agrégé d'Anatomie Pathologique

MONSIEUR LE DOCTEUR GAYRAL

Chargé de cours à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR RASCOL

Professeur agrégé de Médecine Générale

Qui nous fait le grand honneur de bien vouloir juger cette Thèse. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, un renouveau d'intérêt s'est manifesté pour les problèmes de la sénilité et un certain nombre de thérapeutiques ont été préconisées pour atténuer les troubles séniles.

En effet, les problèmes posés par la vieillesse sont graves et difficiles à comprendre et à résoudre. A côté de troubles psychiatriques semblables à ceux de l'adulte, il existe des états qui, se manifestant sur un fond démentiel sénile, ont une expression psychiâtrique ou tout au moins une note dépressive. Ces états vont depuis des troubles intellectuels dont la normalité et le caractère pathologique sont difficiles à trancher, jusqu'à la grande démence.

Ces problèmes sont dramatiques dans les services d'hospices réservés aux vieillards, ils se rencontrent également à domicile malgré les conditions de vie très différentes, les dénominateurs organiques et psychologiques étant communs.

Au cours de notre stage dans un service de vieillards et sous les directives et l'impulsion de Monsieur le Professeur DARDENNE, notre attention a été attirée par ces problèmes d'involution et par le besoin qu'il y a à traiter ces malades.

Dans certaines formes, des résultats intéressants et des améliorations transitoires ont été obtenus grâce à des médications sédatives, anxiolytiques et sthéniques. Frappé par l'élément de glissement, de désintégration beaucoup plus thymique qu'organique de ces troubles et en face des résultats obtenus avec l'Imipramine par certains auteurs, nous avons utilisé le Tofranil en vue

d'améliorer ces états dysphoriques de la Sénéscence. Mais les comprimés de Tofranil dosés à 25 mg étant susceptibles de traumatiser des sujets fragilisés par les phénomènes d'involution, nous avons employé des comprimés dosés à 10 mg, préparés à cet effet par les Laboratoires Geigy.

Nous rapportons donc dans ce travail les résultats obtenus avec le Tofranil 10 mg, dans le service de Monsieur le Professeur DARDENNE, sur des malades présentant :

soit une réaction d'abandon après une agression,
un marasme d'hospitalisation,
une mélancolie sénile,
une hypochondrie quérulente,
une démence sénile avec tristesse,
une grande démence sénile et aphasie démentielle
des états pseudo-bulbaires
des escarres de décubitus.

Nous présenterons tout d'abord un court aperçu sur les problèmes psychopathologiques posés par la sénilité et après avoir rapporté nos observations, nous terminerons par l'interprétation des résultats que nous avons obtenus.

CHAPITRE I

PROBLEMES PSYCHO-PATHOLOGIQUES DE LA SENILITE
(motivation d'un traitement par l'imipramine)

Les troubles psycho-pathologiques de la sénilité posent au praticien tout autant qu'au médecin d'hospice des problèmes fort délicats.

Le vieillard peut présenter des troubles psychiatriques purs, avec le plus souvent une note dépressive dominante. Dans l'ensemble, ils se différencient peu d'états comparables chez les individus plus jeunes, sinon que la psychologie sénile, les désordres humoraux et la cérébro-sclérose confèrent à ces syndromes un nuancement un peu particulier.

Tous autres sont les états qui, d'une simple dysphorie à des désordres graves, supposent des interactions indissociables entre les troubles physiques et intellectuels. Ils sont induits par la nature même de la psychologie sénile dans un contexte de maladies, d'infirmités, de douleurs et d'interdits physiques et sociaux. Ces troubles prennent chez le vieillard une signification et une valeur particulière.

Après avoir fait un stage dans un service de vieillards, nous avons vu que la compréhension de ces troubles n'était possible que si, négligeant nos conceptions traditionnelles et notre optique d'adulte, nous nous mettons "en situation". Il faut pour cela une longue pratique et de nombreux contacts quotidiens.

1°) - LES PROBLEMES PSYCHO-PATHOLOGIQUES DE LA VIEILLESSE

Il existe un véritable problème psychologique, somatique et biologique propre à la vieillesse. En effet, les troubles psycho-pathologiques du sujet âgé interfèrent "avec des désordres biologiques et organiques plus ou moins importants, pour une grande part liés à l'artériosclérose générale, à la cérébrosclérose et à l'involution cérébrale".

Après un état favorable de pré-sénilité que les conditions sociologiques et thérapeutiques actuelles tendent à prolonger le plus longtemps possible, le sujet âgé va s'engager dans une voie pathologique plus avancée avec des réactions plus importantes et plus anormales.

Aux troubles organiques et biologiques qui limitent leurs activités : insuffisance cardio-circulatoire, troubles de la marche, augmentation des douleurs ostéo-articulaires, misères diverses de la sénescence sur le plan urinaire, digestif, visuel et auditif, déréglement humoral, protidique et endocrinien, vient s'ajouter une diminution des facultés d'agir et d'adaptation.

La faculté de réaliser des acquisitions nouvelles est la première atteinte. Cette perturbation de la fonction des acquisitions se traduit par les biens classiques troubles de la mémoire. Puis, le rendement des fonctions anciennes diminue. Cette déterioration progressive oblige le vieillard à prendre conscience de son involution et de sa sénescence et l'amène à vivre dans une sensation d'insécurité perpétuelle, craignant que la mondre modification de son cadre de vie ne vienne dérégler et compromettre son équilibre fonctionnel.

Cette sensation d'insécurité est une cause d'inquiétude grave et de dépression. Certains vieillards la corrigent grâce à un bon tonus de base et à une éthique élevée. Puis les problèmes d'insécurité immédiate dominent et peuvent même s'estomper du fait d'une mise en sommeil progressif de toutes les facultés intellectuelles. Les désordres organiques autant que les modifica-

tions psychologiques contribuent à accélérer le processus restrictif en "peau de chagrin" de l'équilibre intellectuel du vieillard. La réaction individuelle dépend de la structure mentale et de l'état physique du malade et des conditions sociologiques. En effet, si dans le comportement mental du sujet âgé, interviennent, pour beaucoup, les lésions vasculaires, somatiques et biologiques, il y a d'autre part, une réaction psychologique à la sénilité, et au climat familial ou hospitalier.

2°) - LES MODALITES REACTIVES DU VIEILLARD

Au cours de la sénéscence, la personnalité se modifie, se transforme dans un effort d'adaptation plus ou moins réussi. En un mot, la personnalité du vieillard s'efforce de s'ajuster aux nouvelles conditions de son environnement créées par sa propre vieillesse. Cette transformation est fonction de la constitution de l'état psychologique de base du vieillard. A côté de sa personnalité fondamentale, il lui faut acquérir une personnalité sénile et plus particulièrement, une personnalité sénile de "Milieu".

Beaucoup, le plus souvent dans certaines conditions d'extraction sociale ou intellectuelle, n'arrivent pas à superposer cette personnalité sénile de "Milieu" à leur personnalité fondamentale, ce qui entraîne des conflits internes importants. Et c'est le point de départ d'une crise d'adaptation qui durera tant qu'un nouvel équilibre ne sera pas établi à la mesure des capacités nouvelles. La réaction habituelle aux difficultés d'adaptation se fera le plus souvent sur une note dépressive. Il peut s'agir de *simples dysphories à tendance dépressive*, dues d'une part aux modifications psychologiques et fonctionnelles de la sénilité et d'autre part, aux traumatismes psychologiques provoqués par la vieillesse, ses perspectives et ses conditions de vie. Ces troubles sont améliorés favorablement par certains médicaments à effet thymoleptique du type de la Thioridazine.

Dans d'autres cas, ce sont des états plus graves qui demandent des traitements psychiatriques intenses pouvant aller jusqu'à l'internement. Il s'agit le plus souvent *de la véritable dépression vitale globale* dans laquelle interfèrent, en s'aggravant réciproquement, un élément psychologique et un facteur biologique et lésionnel. On y retrouve les signes fondamentaux du syndrome dépressif dont la combinaison et l'intensité varient suivant les individus : la douleur morale, l'inhibition psychique et motrice, la diminution globale de l'élan vital, l'auto-dépreciation et parfois même l'anxiété.

On note parallèlement une hyposthénie globale avec hypotension, insuffisance cardio-circulatoire, asthénie considérable, diminution ou suppression de la résistance du malade, même à des agressions apparemment minimes : une chute, une grippe, un choc psychologique banal.

On assiste alors à des évolutions curieuses :

- Parfois, le malade sombre dans un syndrome de glissement aigu avec asthénie physique et intellectuelle, avec déréglement de l'état général et apparition d'escarres, le tout aboutissant rapidement au gâtisme, à l'inertie et en quelques semaines parfois à la mort. C'est surtout dans ces cas que le traitement sténique général, strychnine et vitamines a été très utilisé.

- Le plus souvent, le tableau est moins dramatique mais le malade ne récupère jamais son état antérieur. Il se stabilise à un niveau plus bas, aussi bien intellectuellement que physiquement.

C'est devant la fréquence de ces troubles psychiques à tendance dépressive, chez le vieillard que CHRISTE, SCHMIED et ZIEGLER ont été amenés à étudier l'action du Trofanil chez le sujet âgé et qu'avec l'aide de Monsieur le Professeur GARDENNE, nous avons entrepris notre étude.

Nous allons, maintenant, rappeler brièvement les propriétés de l'Imipramine (Tofranil) et ses principales indications.

3°) - RAPPEL SUR L'IMIPRAMINE

Une importante étape de la chimiothérapie psychiatrique a été franchie le jour de l'introduction en thérapeutique des médications anti-dépressives.

Pour DELAY, "ces médicaments se placent dans le groupe des stimulants, (psychoanaleptiques) et sont caractérisés par leur action spéciale vis à vis de l'humeur dépressive (thymoanaleptiques)".

Ces anti-dépresseurs proviennent, pour la plupart d'un dérivé de l'Iminodibenzyle : *l'Imipramine ou TOFRANIL* des laboratoires Geigy.

L'Imipramine fut introduit en thérapeutique psychiatrique par *KUHN en 1957*, au congrés psychiatrique de Zurich.

L'Imipramine présente des analogies structurales avec la Chlorpromazine. C'est d'ailleurs avec l'intention de synthétiser un nouveau sédatif que les recherches sur l'Imipramine avaient été entreprises.

Physiquement, il s'agit d'une poudre blanche, soluble dans l'eau et stable dans les conditions habituelles.

Les multiples études pharmacologiques pratiques ont montré que sa toxicité était faible et que l'Imipramine avait une action antagoniste vis à vis de l'Acétylcholine, de l'Histamine, de la Sérotonine et de l'Adrénaline

Selon GARATTINI, il agirait en augmentant le taux de la Sérotonine du cerveau sans être un inhibiteur de la mono-amino-oxydase mais l'on n'a pas pu élucider le mécanisme de l'augmentation de la sérotonine cérébrale.

Chez l'homme sain, le Tofranil administré pendant une période prolongée, exerce une nette influence sur la vie affective, dans le sens d'un certain détachement des notions du présent et du passé.

Dès l'apparition du Tofranil, il a été démontré que ses *indications principales* étaient les dépressions caractérisées par le changement "d'humeur vitale" d'où son emploi dans les dépressions endogènes,
les dépressions d'involution,
les dépressions réactionnelles,
les dépressions symptomatiques d'une autre affection mentale.

Actuellement, le champ d'application du Tofranil a tendance à s'étendre de plus en plus, et l'on a pu,grâce à un dosage plus faible des comprimés (10 mg), améliorer les états dysphoriques survenant sur des terrains particuliers, l'enfant et le vieillard.

CHAPITRE II

RECHERCHES PERSONNELLES

Nous avons traité, avec Monsieur le Professeur DARDENNE, 58 malades ; mais nous n'avons retenu que 50 observations, 8 cas étant discutables :

- 2 malades sorties de l'hôpital après 8 à 10 jours d'un traitement apparemment efficace.
- 6 cas discutables du fait d'erreur d'exécution.

Les 50 observations retenues représentent 52 traitements et 76 tests thérapeutiques, plusieurs malades présentant des syndromes différents et ayant suivi deux cures espacées.

Des particularités de recrutement hospitalier nous ont amenés à ne traiter que des femmes, toutes hospitalisées dans le Service de Monsieur le Professeur DARDENNE. Cette homogénéité semble être un avantage car les troubles psychopathologiques séniles se posent avec une acuité toute particulière chez les femmes. La précocité des psychoses d'involution et l'importance des psychoses séniles chez la femme sont bien classiques.

Il existe toujours une différence importante entre une collectivité d'hommes et une collectivité de femmes. Il suffit de faire un tour dans un service d'hommes pour s'apercevoir de l'existence d'une vie collective plus organisée. Les réunions, les discussions, les jeux et la lecture y sont beaucoup plus fréquents. Nous avons été étonnés au cours de notre stage dans un service de femmes âgées de ne jamais y découvrir le moindre "embryon" de vie collective.

Nombre de ces vieilles femmes restent toute la journée dans une inertie presque totale, ne participant à aucun travail, à aucune discussion. Celles qui lisent ou qui tricotent, sont rares.

La femme a, en effet, plus de difficultés que l'homme à acquérir la personnalité sénile et surtout la personnalité sénile de "Milieu". La vie de la femme est encore, surtout en milieu rural, une vie difficile. Elle a généralement passé sa vie à se dépenser en travaux ménagers durs et pénibles, sans aucune autre ouverture sur le monde extérieur. Et lorsqu'on lui enlève ce but et les automatismes qui l'accompagnent, elle reste dans une étonnante inactivité, par impossibilité à trouver de l'intérêt à autre chose qu'à des travaux ménagers désormais inutiles.

PRECAUTIONS ET CONTROLE -

Les malades étaient minutieusement observées avant le traitement. Toutes étant hospitalisées dans des services de soins, étaient habituellement soumises à des examens répétés, dont la nature et le rythme n'ont pas été modifiés. On a ainsi évité d'influencer leurs réactions ; en effet, l'intérêt subit qui leur est porté ayant un effet psychothérapique, l'interprétation de certaines thérapeutiques peut être faussé chez le vieillard.

Les réactions du malade diffèrant souvent selon l'entourage et l'heure de la journée, nous avons tenu compte dans notre interprétation des constatations faites par les Religieuses de salle, par les infirmières et parfois par le personnel soignant.

Des contrôles cliniques, cardio-vasculaires, biologiques et hématologiques étaient pratiqués régulièrement.

AGE.

Nous n'avons traité que des femmes âgées de 70 ans au moins, excepté 3 sujets plus jeunes mais anormale-

ment sénilisés.

DOSES.

Nous avons utilisé *des comprimés de Tofranil dosés à 10 mg*. Nous avons appliqué, d'emblée, la dose de 30 mg, toujours bien tolérée. Cette dose a certainement été maintenue trop longtemps chez de nombreux malades au début de notre étude. Il y a souvent intérêt à passer rapidement à des doses de 40 à 50 mg, exceptionnellement de 60 mg par jour.

ETUDE DES DIFFERENTS SYNDROMES ET OBSERVATIONS -

Nous avons groupé nos observations sans prétendre suivre, ni établir une classification des dépressions séniles, de la façon suivante :

1 - Syndrome de glissement après une agression.
2 - Marasme d'hospitalisation.
3 - Mélancolie sénile.
4 - Hypochondrie quérulente.
5 - Démence sénile avec tristesse.
6 - Grande démence sénile et aphasie démentielle.
7 - Etats pseudo-bulbaires.
8 - Escarres de décubitus.

1 - SYNDROME DE GLISSEMENT APRES UNE AGRESSION -

Le vieillard qui prend peu à peu conscience de son état d'involution, va vivre constamment dans une sensation d'insécurité, d'où cette uniformité de vie, ce refus de tout changement, cette crainte de toutes excitations brutales qui frappent tant chez les sujets âgés, ces habitudes n'étant pas une conséquence du vieillissement mais une réaction contre celui-ci. Le vieillard qui a conscience de sa fragilité, redoute l'agression la plus légère. Peu de choses, en effet, suffisent à bouleverser son équilibre et à aggraver la dégradation de son psychisme et de son état physique.

La moindre agression peut provoquer un virage brusque dans le cours de l'involution sénile. Ce virage accélère, dans la plupart des cas, l'évolution vers une déchéance progressive et vers la mort. Parfois, l'agression entraîne seulement une involution profonde et irréversible se traduisant par une dépression qui progresse rapidement vers l'abattement le désintérêt et l'abandon. De plus, la prise de conscience par le vieillard de sa diminution intellectuelle et de la défection de ses fonctions tissulaires et humorales, vient encore nuire à sa santé physique et mentale. Il est généralement entraîné dans un cycle fatal. Simultanément, l'équilibre biologique et psychologique se dérèglent.

Monsieur le Professeur DARDENNE a montré dans la thèse de FAVARD l'importance des troubles de l'assimilation des protides et l'importance des modifications circulatoires chez le vieillard. Ces malades pâles ne sont pas anémiques ; leur teint blafard est dû à l'hyposthénie circulatoire. Il y a une réaction de défense du vieillard vis à vis de la déperdition calorique, il réduit son réseau circulatoire périphérique.

Le déséquilibre protidique est le plus important. Le rapport $\frac{\text{Sérine}}{\text{Globuline}}$ est diminué et l'électrophorèse révèle une perturbation dans l'équilibre des globulines en faveur des α et des γ. La fibrinogénémie est généralement très élevée, même dans les cas normaux, elle se situe aux limites supérieures de la normale d'où l'importance des anabolisants protidiques.

Cette fragilité biologique est encore accrue par une carence constante en vitamine, surtout en vitamine C, chose classique et que démontre les travaux de Monsieur le Professeur DARDENNE et de VALAT. Tout cela vient s'inscrire dans un contexte de troubles endocriniens, d'insuffisance cardio-circulatoire, d'artériosclérose, de réduction de la circulation mettant les tissus en dette d'oxygène. Les cortico-surrénales , le système de régulation hormono-métabolique sont surtout perturbés.

Cet équilibre instable, compliqué par tous les désordres psychologiques, somatiques et biologiques que nous avons vus, est le plus souvent aggravé par une alimentation mal équilibrée et insuffisante.

Les carences alimentaires sont fréquentes chez le vieillard, elles sont dûes à des causes économiques, psychologiques et sociales. Le vieillard a tendance à considérer que ses besoins alimentaires se sont réduits et qu'un minimum vital qu'il fixe souvent trop bas, doit lui suffire. Il supprime facilement la viande de son alimentation, pour des raisons économiques s'il vit seul, ou pour des raisons fonctionnelles (mauvaise denture, troubles digestifs...) s'il est hospitalisé.

Cette ration alimentaire trop faible et de plus mal assimilée, mal métabolisée met le vieillard dans un état de moindre résistance que la plus petite agression viendra perturber, que l'on ne s'étonne pas alors de la soudaineté de certains passages à un syndrome de glissement aigu.

Dix neuf malades ont été traitées dans ces conditions. La cause déclenchante était :

- 10 fois la grippe.
- 3 fois une chute bénigne.
- 2 fois une "éclipse cérébrale".
- Les autres fois, il s'agissait d'une cure radicale de hernie étranglée, d'un purpura médicamenteux, d'une intervention pour fracture du col fémoral suivie d'ostéite fistulisée.

Nous avons constaté :

- 9 résultats très bons.
- 7 bons.
- 1 passable, 1 nul, 1 mauvais.

OBSERVATION - N° 1 - Fort... 74 ans. - Malade pléthorique présentant un syndrome de gros bras très douloureux, après une intervention chirurgicale et radiothérapique pour cancer du sein.

Paysanne espagnole assez primitive, traitée favorablement peu après son entrée dans le service en Janvier 1961 pour asociabilité, agressivité et parfois violence, en même temps que tendance à l'isolement avec tristesse. La malade est ensuite tolérante et relativement aimable.

Le 20 Septembre 1961, un purpura médicamenteux bénin déclenche une réaction d'effondrement. La malade ne se lève plus, reste immobile durant des heures, la tête cachée sous les draps.

Traitement - Tofranil, 30 mg le 30 Septembre, porté à 40 mg le 7 Octobre malgré une nette amélioration. La malade se lève pour aller à table, se coiffe.

Le 13 Octobre, l'amélioration se poursuit, la malade plaisante même. Elle n'a aucune excitation, ni agressivité.

Le traitement est maintenu pendant 1 mois puis diminué à 30 mg par jour.

Il est interrompu le 12 février 1962 à l'occasion d'une réaction allergique d'origine alimentaire. L'amélioration se maintient toujours, le ton psycho-affectif et les contacts étant bien meilleurs qu'avant le traitement.

OBSERVATION. N° 2. - Boul... 89 ans. Malade ataxique, immobilisée au lit où elle menait une vie relativement active, tricotant, conversant, généralement gaie mais parfois agressive, ayant une forte personnalité et tenant à conserver le maximum d'indépendance, compatible avec sa situation.

En Avril 1961 une dizaine de jours après un épisode grippal non compliqué, on constate un rapide et profond affaissement de l'état général. Immobile dans son lit, abattue, indifférente, ne participant plus à la vie de la salle, la malade ne répond plus que par oui ou par non aux questions posées. Mémoire, jugement sont effondrés. La malade a perdu une coquetterie de bon aloi qu'elle soignait tout particulièrement auparavant. Elle ne change même plus ses fichus de jour et de nuit et à une question sur ce sujet, elle répond : "Pas d'importance". Elle accepte tous les soins, même ceux de propreté, tolérant qu'on la force à manger ce qu'elle n'aurait pas supporté auparavant.

Traitement - Tofranil 30 mg le 22 Avril. L'amélioration a été lente mais notable avec cette dose maintenue trop longtemps alors qu'il eut été bon de passer à une dose supérieure assez rapidement.

Au dixième jour, on notait une réduction de la passivité et de l'effondrement général, tandis que le déficit intellectuel paraissait inchangé. La malade ayant récupéré une légère activité paraissait chercher sans cesse on ne sait quoi. Peu à peu elle s'éveille, échange quelques mots avec ses voisines de lit, réclame qu'on la serve et enfin s'alimente seule, sans pouvoir encore soutenir une conversation.

Fin Mai, la malade a retrouvé son état antérieur. La récupération s'est faite en trois étapes : d'abord activité physique, puis activité intellectuelle, enfin élan psycho-moteur.

Une légère phase d'excitation termine cette évolution.

La médication est réduite à 10 mg par jour, puis elle est donnée tous les deux jours.

Le 5 Août, la situation est stabilisée lorsque éclate une phase d'agitation avec tristesse. La malade réclame la mort, ne dort plus. On arrête le Tofranil et on donne 50 mg de Thioridazine le soir ce qui fait dormir la malade mais ne la calme pas.

Le 8 Août, on associe 20 mg de Tofranil au 50 mg de Thioridazine.

Le 20 Août, le sommeil est bon et la dépression ne se manifeste qu'à l'interrogatoire, elle est moins profonde, la malade demandant tantôt à rejoindre son mari et son fils morts, tantôt à être sauvée.

Le Tofranil est augmenté à 30 mg puis à 40 mg. La dépression disparaît et l'effet sédatif de la thioridazine est désormais trop important. On remplace celle-ci par 10 cg de Gardénal qui doit être également supprimé.

Le 15 Novembre, la malade a récupéré son état normal. La dose de Tofranil est réduite à 30 mg puis à 20 mg pour être supprimée le 17 Janvier 1962, l'état étant stabilisé.

OBSERVATION. N° 3. - Vig... 78 ans. - Malade pléthorique présentant des séquelles d'infarctus postérieur avec une hypertension ancienne à 26.13. stabilisée à 21.10.

Hospitalisée en Novembre 1960, cette malade gardait une attitude très particulière : assise sur un fauteuil, derrière son lit sans bouger, indifférente, ne cherchant pas le contact mais acceptant avec affabilité ceux qui allaient à elle. Cependant aucune infirmité ne gênait son activité, elle allait seulement prendre ses repas à table. Diverses médications n'avaient pas modifié cet état.

Le 15 Juillet 1961, la malade se fait une fracture de Pouteau-Colles. Cet accident déclenche une chute importante du niveau intellectuel une apathie et des gémissements perpétuels centrés sur ses malheurs qui désormais sont seuls à l'occuper. En même temps se manifeste un léger aspect pseudo-bulbaire , incontinence émotionnelle, dysarthrie, mais avec peu de rictus. La malade se lève mais ne marche pas.

Traitement - Tofranil 30 mg le 27 Juillet, pas de résultat.

Le 6 Août, la malade reçoit 40 mg de Tofranil par jour ce qui entraîne une rapide amélioration. On note un retour à l'état normal en peu de jours bien avant la consolidation de la fracture.

Dysarthrie et pleurer spasmodique disparaissent très vite. Non seulement la malade contient ses émois, mais elle n'a pas d'émotion particulière, même quand elle parle de ses malaises. L'état général s'améliore rapidement.

Le traitement est maintenu après l'ablation du plâtre. La malade se déplace peu à peu mieux qu'avant le traitement.

Le 15 Septembre, la malade tombe et se fracture le col du fémur. Elle est transférée en chirurgie à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION. N° 4. - Sab... 81 ans. - Malade intellectuellement normale pour l'âge et dont l'état général n'est que légèrement déficient malgré une importante polyarthrose, une artérite des membres inférieurs, une sclérose coronaro-myocardique et des troubles digestifs dûs à une hernie diaphragmatique.

Le 1er Juin 1961, elle présente une poussée hypertensive à 25.12. avec hémorragie conjonctivale. 3 jours après, apparaît une escarre superficielle (7 cm sur 6 cm) à la fesse gauche ; les rapports avec les voisines deviennent difficiles, la malade se replie sur elle-même, se désintéresse de tout.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour à partir du 5 Juin.

Trois semaines après, l'escarre est cicatrisée, et les rapports sociaux sont bien meilleurs.

Le 16 Juillet, la malade refuse de continuer le traitement par le Tofranil car elle attribue au Tofranil un accès de vomissements dont elle est pourtant coutumière.

OBSERVATION. N° 5. - Iza... 82 ans. - Malade, immobilisée depuis une fracture du col fémoral opérée et mal consolidée, avec fistule et ostéite d'origine trochantérienne. Hyposthénique, très déprimée elle entre dans le service avec une vaste escarre. Ce qui entraîne rapidement un effondrement du tonus psychologique et une hyposthénie globale ; elle attend que la mort, qu'elle souhaite faute de mieux dans son état arrive.

Traitement - Tofranil 30 mg le 10 Mai. Sept jours après, pas d'amélioration de l'escarre qui s'étend, qui devient sanieuse. L'oedème des membres inférieurs augmente de plus en plus. Par contre, la réaction d'abandon est moindre, la malade l'extériorise moins, elle paraît plus lointaine. La malade a des soucis plus immédiats, elle s'occupe du traitement qui l'améliore.

Le 17 Mai le Tofranil est porté à 40 mg.

Le 20 Mai, la malade présente une infection intestinale avec diarrhée et fièvre à grandes oscillations, état général déficient. Malgré cela, l'escarre qui est davantage souillée à cause de la diarrhée, s'améliore, la plaie est moins sanieuse, elle bourgeonne même.

Le 25 Mai, l'escarre s'est détergée. A la partie inféro-externe, on voit alors un tunnel se dirigeant vers la hanche droite. Le test au bleu par la fistule trochanterienne montre que ce tunnel ne communique pas avec la fistule venant de l'ostéite post-opératoire. (L'injection par la fistule accepte 20cm^3 de solution de bleu).

Le 2 Juin, la température est normale, l'état général s'améliore. Le psychisme est meilleur, la malade réagit, pense à guérir, l'escarre diminue.

Mais début Juillet, on note un effondrement progressif de l'état général avec amaigrissement, albuminurie, hypoprotidémie (56 grs) malgré les anabolisants. L'escarre augmente rapidement en superficie et en profondeur.

Le Tofranil est interrompu le 5 Août ; la malade meurt le 20 Août.

OBSERVATION. N° 6. - Coq... 79 ans. - Cette malade en excellent état général et d'un bon niveau intellectuel présentait depuis 4 à 5 mois une lassitude motivée, par des douleurs au niveau d'un cal de fracture du col fémoral, de cicatrices d'ulcères de jambe, de gonarthrose. Elle se plaignait également d'une hémiparésie survenue en Mai 1961.

En Septembre, la malade devenait assez hypochondriaque, un peu quérulente. Triste, lasse, elle ne lisait plus et ne bougeait guère.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour pendant 15 jours. Le traitement a très rapidement supprimé la tristesse aussi bien que l'hypochondrie. La malade a repris ses petites activités, ses lectures et ses tricots.

OBSERVATION. N° 7. - Rib... 75 ans. - Polysclérose importante, avec fibrillation auriculaire et séquelles d'infarctus antéro-latéral, artérite des membres inférieurs, cérébrosclérose (2 ictus, hémiparésie gauche), entraînant une involution sénile assez notable avec hyposthénie générale et circulatoire. La malade a tout de même conservé une bonne activité avec un comportement normal.

Au mois d'octobre, la malade se relève mal d'un petit épisode grippal, elle ne se lève presque plus, ne lit plus, se laisse aller totalement. Bientôt même son attention est difficile à éveiller, elle est indifférente, elle a souvent des réponses incohérentes.

Traitement - Tofranil 30 mg à partir du 25 Octobre 1961 L'amélioration est rapide. 15 jours après le début du traitement, la malade a retrouvé son activité antérieure mais elle reste diminuée sur le plan intellectuel. En réalité, elle a franchi une étape dans l'involution. Ses réactions sont plus infantiles, son niveau intellectuel a nettement diminué. Le traitement a évité l'effondrement et a permis la récupération de l'activité motrice mais non de l'intégralité des fonctions intellectuelles.

Le Tofranil est diminué progressivement et interrompu le 20 Novembre car une légère réaction d'excitation était venue accentuer le côté infantile du comportement. Cette réaction disparaît deux jours après l'arrêt du traitement.

OBSERVATION. N° 8. - Bor... 81 ans. - La malade qui est une rhumatisante chronique, présente moins de vitalité depuis une chute au mois de décembre 1960. Elle reste, le plus souvent toute la journée au lit, sans motif, ne s'intéressant guère à la vie de la salle. Elle est habituellement sombre et triste.

Malgré un bon état général et une bonne conservation du niveau intellectuel, Mme B. n'a pas su acquérir la personnalité sénile de "milieu". "A mon âge, ce n'est pas la peine de prendre des médicaments, il n'y a rien à faire".

Traitement - Tofranil, 30 mg par jour. On note rapidement une légère amélioration. La malade se lève, tous les jours dès le matin. Elle est moins triste et plus active.

Le traitement est poursuivi pendant 5 semaines. L'amélioration se maintient trois mois après l'arrêt du traitement

Il eut sans doute été utile de donner de plus fortes doses mais on a craint de créer une réaction d'excitation.

OBSERVATION. N° 9. - Soum... 84 ans. - Malade souffrant des séquelles d'une fracture du col du fémur et qui, après une grippe compliquée de congestion pulmonaire, présente une hyposthénie progressive et importante avec baisse tensionnelle (de 18.10 à 11.6), avec lassitude, désintérêt. Les diverses médications toniques n'ont eu guère d'action sur cet état.

Traitement - Tofranil, 30 mg pendant 5 jours puis 40 mg. L'amélioration est rapide et satisfaisante. La malade retrouve son allant et la tension artérielle remonte à son état antérieur au 18ème jour du traitement.

OBSERVATION. N° 10. - Wu... 88 ans. - Malade présentant depuis plusieurs années une profonde involution sénile sur le plan intellectuel, tout en continuant à mener une vie tranquille en hospice, sans élan et sans désir.

Etat grippal le 29 Mars 1961. Après guérison de celui-ci, la malade ne se lève plus et ne réagit plus. On note alors une perte importante de la mémoire et un effondrement intellectuel global. Lorsqu'on lève la malade, elle reste droite sans savoir quoi faire, n'ayant même pas l'idée de s'asseoir.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour à partir du 16 Mai, puis 40 mg à partir du 24 Mai. On ne note aucune modification de l'état antérieur.

Le 27 Mai, débute une réaction d'anxiété avec agitation et incohérence dans les propos. Le 29 Mai, la malade refuse de manger parce que son mari n'est pas venu la voir. (il est mort depuis sept ans). Elle refuse tout traitement et toute nourriture.

Le 30 Mai, on arrête le Tofranil et on donne des sédatifs. L'amélioration est rapide.

Rien ne laissait prévoir, chez cette malade, cet épisode de démence sénile avec agitation et opposition.

OBSERVATION. N° 11. - Au... 92 ans. - Malade très involuée, obèse, grabataire depuis de nombreuses années à cause d'une phlébite droite.

En Juillet 1961, elle présente une congestion pulmonaire qui guérit rapidement. Mais le 25 Juillet, débute une escarre avec réaction d'effondrement et d'hyposténie globale considérable. La malade ne parle plus, ne réagit plus, elle est totalement inhibée.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour à partir du 27 Juillet.

Le 8 Août, l'escarre est presque complétement cicatrisée, seule persiste une petite ulcération superficielle. Par contre, on ne note aucune amélioration de l'état général.

Le 9 Août, le Tofranil est porté à 40 mg par jour.

Le 22 Août, la malade revient rapidement à son état habi-

tuel. On ne note plus aucun élément de tristesse.

Après une réduction de la dose à 30 mg, une nouvelle chute du tonus général se produit. Le Tofranil est de nouveau porté à 40 mg.

Le 28 Septembre, la malade meurt en inhibition.

OBSERVATION. N° 12. - Puj... 65 ans. - Ancienne éthylique, cette malade a présenté en Août 1961 un ictus avec coma et hémiplégie gauche totale.

En Septembre 1961, elle entre à l'hospice où elle est traitée par les vasodilatateurs, les sthéniques et les facteurs hépatotropes.

Quelques jours après son hospitalisation, elle présente une réaction du type marasme d'hospitalisation, motivée par le placement et surtout par les circonstances de l'hospitalisation (infirmité totale), mais cette réaction reste modérée.

Le 20 Octobre 1961, la malade présente un épisode grippal avec atteinte pulmonaire. Par la suite, elle reste déprimée, hyposthénique pendant que s'amorce un syndrome de glissement avec réaction d'hyposthénie générale et de lassitude très importante.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour le 7 Novembre, l'amélioration est extrêmement rapide.

Le 13 Novembre, la malade a récupéré son état antérieur et elle est même mieux qu'auparavant. Le risque de marasme d'hospitalisation qui se constituait, disparaît. D'elle même, la malade s'efforce de récupérer.

Le Tofranil est continué à la même dose pendant le mois de Décembre 1961 et le mois de Janvier 1962 Puis on le réduit à 20 mg, et enfin à 10 mg par jour. On l'arrête définitivement le 12 Février 1962.

La tension artérielle s'est maintenue pendant tout le traitement aux alentours de 14.8.

2 - MARASME D'HOSPITALISATION -

Pour la plupart des auteurs, le "Marasme d'hospitalisation" est représenté comme étant un syndrome de glissement grave amenant le malade à un état d'inhibition et finalement d'inertie, associé à une dégradation biologique. La profonde défaillance de l'état somatique et psychologique du vieillard aboutit rapidement à l'abattement et à la mort.

Nous considérons, avec Monsieur le Professeur DARDENNE, que *le marasme d'hospitalisation doit, ainsi que son nom l'indique, être déterminé par les conditions propres à l'hospitalisation.* Dans sa forme typique, c'est le syndrome de fléchissement grave déterminé par l'hospitalisation elle-même et surtout par les circonstances de celle-ci.

Plusieurs motifs peuvent être retrouvés à l'origine de ce syndrome. Ce peut être biologique : le changement de vie, le "mieux être" : un malade qui devient trop choyé, bien nourri, trop chauffé.

Le plus souvent il s'agit d'un traumatisme psychologique provoqué par la motivation de l'hospitalisation : conflits familiaux, deuils, perte du conjoint, accidents, et maladies qui nécessitent un placement obligatoire en hospice.

Cette hospitalisation coupe le vieillard du milieu où il avait l'habitude de vivre et où, le plus souvent, il s'était préparé à subir les misères de la Sénescence.

Cette hospitalisation détermine un choc émotionnel lié au brusque changement survenu dans sa vie. Tout lui est étranger, les salles, l'ameublement, les vêtements. Il doit s'habituer à des voisins de niveau intellectuel et de milieu très divers. Il doit se plier à un réglement intérieur souvent trop strict, manger à heures fixes, ne pas recevoir librement des visites. Il re-

çoit en somme un choc d'inadaptation et présente durant les premières semaines un état d'insécurité permanente. Il devient indifférent, rien ne l'attire plus à prêter une attention quotidienne à la vie et rien ne l'oriente vers un espoir pour le proche avenir. Il est véritablement dépersonnalisé.

Ce brusque changement de vie, lorsque l'hospitalisé est fatigué ou très vieux, peut entraîner sa mort quelques jours seulement après son entrée à l'hospice. Il s'effondre parcequ'il n'a pas pu s'adapter à ce nouveau milieu.

Ce "Marasme d'hospitalisation" peut également se rencontrer *chez des malades déjà hospitalisés* et qui sont soumis sans cesse à des agressions psychosociologiques dans le cadre de l'hospice.

Il s'agit le plus souvent de gens d'un niveau social, moral et intellectuel assez élevé, conservant un certain vernis.

Ils sont soumis à des agressions venant : soit de l'extérieur (famille qui les abandonne progressivement, qui espace les visites), soit du milieu devenu traumatisant pour de multiples raisons : changement de lit, mort du voisin, disputes, maladies intercurrentes.

L'agression peut être interne, venant d'eux mêmes, car leur détérioration somatique et intellectuelle s'accentue de plus en plus. D'un certain niveau, ils ressentent davantage la ségrégation de l'hospice. Ils sont traumatisés par la prise de conscience de leur état, puis, peu à peu, ils se replient sur eux mêmes et ne portent plus aucun intérêt à l'existence.

Nous avons traité 10 malades dans ces conditions. *Le résultat a été excellent* dans tous les cas traités.

OBSERVATION N° 13. - Picq... 93 ans. - Cette malade vivait avec son fils célibataire et, peu alerte, elle n'était pas sortie de son domicile depuis 15 ans. Son isolement était encore accentué par une surdité profonde.

Elle présente, peu après son entrée à l'hospice, un marasme d'hospitalisation. Abattue, n'émergeant d'une demi somnolence que lorsqu'on l'interrogeait, elle passait par des phases de meilleure participation sociale autant que le permettait sa surdité. Mais la réaction d'abandon dominait : "laissez-moi mourir, je suis assez vieille, etc...". Le psychisme était cependant convenable pour l'âge ; la mémoire de fixation était satisfaisante.

Peu à peu, l'abattement s'accentue, devient plus constant. La malade tient durant des heures le drap sur son visage, elle répugne à se lever pour aller au fauteuil comme elle faisait au début de son hospitalisation. Elle ne réagit plus guère et ne répond qu'avec lassitude. L'émergence se manifeste par des réactions parfois vives et grossières, ou par un puérilisme, Mme P. s'attachant exagérement à la présence constante sous ses yeux d'une potion de "Terpine composée".

Traitement - Tofranil, 30 mg par jour. Dès le 4ème jour du traitement, la malade semble plus ouverte, demandant qu'on lui enlève sa dent unique qui la gêne pour manger.

Au bout de 15 jours, l'amélioration est importante. La malade s'assied sur son lit, a des contacts aimables avec le personnel. Elle est d'une humeur égale, ne donne plus l'impression d'être triste et de s'abandonner. Elle fait des projets d'avenir et souhaite revenir chez elle.

Le traitement est interrompu au bout de 2 mois. Un ictus emporte, brutalement, la malade trois mois plus tard.

OBSERVATION. N° 14. - Oliv... 78 ans. - Artérioscléreuse, ayant présenté un ictus transitoire en 1958 et une légère insuffisance cardiaque, Mme O... se trouvait à la rue, dépouillée de tous ses biens par des aigrefins, et expropriée.

Elle présente un marasme d'hospitalisation réactionnel au milieu et à une déchéance sociale très réelle. Elle ne souhaite que la mort, se laisse aller à un abandon total, s'alimentant peu.

Traitement - Le Tofranil est donné à la dose de 30 mg pendant 15 jours, puis à la dose de 40 mg.

10 jours après l'augmentation des doses, on note une légère réaction d'hypochondrie agressive. La dose de Tofranil est portée à 50 mg.

15 jours plus tard, le tonus général est amélioré, la malade se lie plus volontiers avec ses compagnes. Elle se rend utile et n'est plus quérulente. Elle paraît moins triste mais la réaction dépressive est inchangée, l'expression en est moins forte et moins tenace.

Le traitement est interrompu progressivement en une vingtaine de jours.

Six mois après, le comportement et l'humeur de la malade sont normaux.

OBSERVATION. N° 15. Ver... 84 ans. - Malade hospitalisée à cause de son isolement social et de son impossibilité à subvenir à ses besoins. Etat intellectuel bon ; état général convenable malgré un léger amaigrissement. Cette malade présentait un psoriasis, une sclérose pulmonaire ancienne avec cypho-scoliose, hypoacousie. Ces éléments vont entraîner une difficulté d'adaptation. Rapidement, la malade sombre dans un syndrome de Marasme d'hospitalisation, ne se levant plus et n'ayant aucun contact avec ses voisines. La T.A. est à 17.8.

Traitement - Tofranil 30 mg le 6 Mai 1961. Rapidement, on note des modifications du caractère et du comportement. La malade est améliorée autant sur le plan physique que sur le plan psychique ; elle vaque à ses occupations, discute avec ses voisines et se dispute même parfois. Les contacts avec le médecin sont aimables.

A partir du 9 Juin, on réduit le Tofranil à 20 mg par jour, puis à 10 mg et on l'arrête enfin quelques jours plus tard. L'amélioration se maintient par la suite

OBSERVATION. N° 16. Peyr... 83 ans. - Cette malade présente un marasme d'hospitalisation, l'entrée à l'hospice ayant été motivée par un coup de tête après dispute avec sa belle fille. La malade, résignée, triste, est immobile dans son lit et refuse de se lever. Elle ne participe pas à la vie collective et n'a aucune initiative. Elle répond volontiers lorsqu'on la questionne mais elle ne soutient pas la conversation et elle ne demande jamais rien. Son niveau intellectuel est bon

Traitement - Tofranil, 30 mg par jour le 4 Mai Après une courte période de nervosité, mais sans amélioration de l'élan, la malade retombe dans l'immobilisme Son timbre de voix est cependant plus assuré lorsqu'elle répond aux questions posées.

Le 25 Mai, le traitement est porté à 40 mg. L'amélioration est alors nette, bien que la malade n'accepte pas de se lever (il est vrai qu'elle souffre d'une importante arthrose vertébrale). Assise sur son lit, elle participe à la vie de la salle. Elle veut même paraître gaie et elle évoque moins les soucis familiaux, bien que sa peine reste profonde . son fils ne lui a rendu visite qu'une seule fois.

Le 25 Juin, le traitement est interrompu. L'état de la malade reste satisfaisant.

Le 20 Août 1961, Mme Peyr... tombe de son lit et souffre de contusions légères. On assiste à un effondrement immédiat de l'état général. La malade est inerte, abattue, indifférente. Elle gâte, alors que jusque là elle contrôlait parfaitement ses mictions.

Deuxième traitement par le Tofranil : 30 mg le 24 Août et 40 mg le 31 Août 1961. Dès le 26, la malade ne gâte plus et l'incontinence vésicale disparaît. Le 1er Septembre, Mme P... retrouve l'état satisfaisant dans lequel elle était avant sa chute. Le 6 Octobre, on réduit le Tofranil à 30 mg par jour. La tristesse est estompée ; la malade s'est adaptée au milieu et elle accepte l'hospitalisation, bien qu'elle conserve quelque rancoeur de sa motivation

Le 5 Novembre, le traitement n'est poursuivi que 4 jours par semaine. Il est interrompu le 30 Novembre.

Trois semaines plus tard, l'amélioration est stabilisée.

OBSERVATION. N° 17. - Las... 86 ans. - Très grande Polysclérose avec sclérose mitrosigmoïdienne, fibrillation auriculaire, artérites des membres inférieurs et du membre supérieur droit, importante arthrose vertébrale et du coude gauche.

Intellectuellement normale pour l'âge, elle est tout de même déprimée, hyposthénique, elle se laisse aller à l'abandon.

A partir d'Avril 1961, elle associe un marasme d'hospitalisation et un syndrome de glissement aigu tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Ce syndrôme apparaît après un épisode grippal. Elle ne se lève plus. Elle refuse les soins. "Pourquoi s'accuper de moi et me soigner, il n'y a rien à faire".

Traitement - Tofranil, 30 mg le 17 Mai 1961. Peu de jours après, l'importance de l'état d'abandon diminue ; la malade ne revient plus sur son grand âge et l'impossibilité de l'améliorer. Par contre la tristesse est toujours présente lorsqu'on lui rappelle la mort de son fils.

Le 21 Juin, le traitement est interrompu, l'amélioration est importante, la note dépressive a disparu, la malade parle facilement, elle est gaie. L'amélioration se maintient pendant 4 mois.

En Octobre 1961 sans motif apparent, la malade retombe dans le même état qu'elle présentait au mois de Juin, avec en plus une petite réaction quérulente. *Traitement* - Tofranil, 30 mg le 26 Octobre la dose est portée le 7 Novembre à 40 mg.

L'amélioration est alors rapide. La malade perd sa tristesse et ne revient plus sur la mort de son fils. Elle dort mieux parcequ'elle pense moins aux choses tristes. Mais elle reste alitée, à cause de son artérite et de ses rhumatismes.

Le 1er Février 1962, le traitement est maintenu à 50 mg par jour. La malade n'est pas améliorée davantage mais toute tendance dépressive a disparu même lorsqu'elle revient sur son passé. La réaction d'abandon avec les réflexions antérieures concernant son inutilité dans la vie, a disparu mais la malade reste alitée.

Cette malade reçoit début Février une cure d'acyqoxine donnée pour sa fibrillation auriculaire. L'action de la médication a été notable ; le ralentissement du rythme (100 à 60) a entraîné une ischémie cérébrale qui a eu pour résultat une reprise des signes antérieurs.

OBSERVATION. N° 18. - Ped... 74 ans. - Hospitalisée en état de Démence sénile avec agitation le 3 Août 1960, la malade a été rapidement améliorée par la Thioridazine et une médication à effet nutritionnel. Elle reste hyposthénique ne quittant son lit que lorsqu'on la force à se lever. Mme P... exprime cependant l'intention de se lever, enfin de marcher pour pouvoir retourner à son domicile. Mais, sans élan, elle ne fait aucun effort pour réaliser ses intentions.

Traitement - Tofranil, 30 mg le 3 Mai 1961. Peu à peu, la malade réalise mieux son comportement et sa situation. Son autocritique paraît éveillée en même temps que l'élan.

Après un mois de traitement, elle se lève spontanément, va et vient, converse avec ses compagnes, retrouve sa coquetterie, monte au 1er étage pour suivre les émissions de télévision mais elle sort peu et ne fait pas de promenade

Le 20 Juin, le traitement est interrompu.

Six mois plus tard, l'amélioration se maintient toujours

OBSERVATION. N° 19. - Nav..., 70 ans. - Malade hypertendue avec hémiplégie gauche, entrée à l'hospice en décembre 1961. Elle présente sur un fond de cenesthopathie anxieuse un syndrome dépressif favorisé par son hospitalisation et par l'abandon de ses enfants

Traitement - Tofranil 30 mg par jour à partir du 1er Décembre.

On note rapidement une nette amélioration. La malade se lève plus facilement, elle est moins déprimée. Elle marche même, chose qu'elle refusait de faire auparavant

Le 12 Février, l'amélioration se maintient, le traitement est continué à la même dose.

3 - MELANCOLIE SENILE -

Trois malades au niveau intellectuel excellent et présentant un état physique parfait, ont reçu du Tofranil pour *une dépression de type mélancolique*, motivée chez l'une par les drames de la déportation dont elle est la seule survivante de sa famille, chez l'autre par une neurotomie retro-gasserienne inefficace, et chez la dernière par une surdité absolue avec sclérose bilatérale amyotrophique.

Ces malades présentaient *une mélancolie pure et non la dépression sénile* si fréquente chez les personnes involuées. Il s'agissait toujours d'un état mélancolique avec tristesse vitale, vide intérieur, écoeurement, dégout de la vie, entraînant le désir "d'en finir".

OBSERVATION. N° 20. Ric... 84 ans. - Malade présentant un état dépressif avec lassitude et dégout de la vie, dû essentiellement à des séquelles douloureuses après neurotomie rétro-gasserienne. Elle présente, d'autre part, une sclérose coronaro-myocardique, sans manifestation angineuse car la malade n'a pratiquement pas d'activité.

Tofranil - 30 mg pendant 10 jours, puis 40 mg pendant 12 jours. Le traitement semble accentuer la réaction dépressive et faciliter les pleurs.

Dès l'arrêt du traitement, on note un retour immédiat à l'état antérieur.

OBSERVATION. N° 21. Zim... 75 ans. - L'hospitalisation a été une coupure considérable dans la vie de cette malade qui a du vendre tous ses biens avant de rentrer à l'hospice. Elle présente une tristesse réactionnelle à ses infirmités et aux tracasseries d'une compagne de chambre. Elle présente également une surdité totale, une maladie de Charcot, et une arthrose vertébrale.

Traitement - Tofranil 30 mg pendant 6 jours. L'agacement devient plus important, la tristesse s'accentue de même que l'énervement

On arrête le traitement pendant 4 jours, la malade revient à son état antérieur. Les mêmes réactions se reproduisent après reprise du traitement qui est arrêté définitivement 5 jours après.

La malade sera transformée après avoir changé de chambre. Il s'agissait essentiellement d'une dépression réactionnelle au milieu. Le Tofranil a sensibilisé la malade à cette souffrance morale qui a diminué notablement depuis le changement de milieu.

OBSERVATION. N° 22. - Aig... 81 ans. - Mélancolie sénile en grande partie motivée par un passé familial dramatique : rescapée des camps de concentration allemands où sont morts son mari et un de ses fils, elle a perdu par maladie ou accident ses 6 autres enfants.

Etat dépressif permanent, la malade ne quitte le pied de son lit que pour aller à table, sans converser avec ses compagnes. Elle reste immobile et silencieuse, se plaignant de douleurs diverses mais refusant les soins. Elle est hostile et agressive lorsque quelqu'un d'étranger au personnel hospitalier franchit un périmètre de protection imaginaire autour d'elle. La malade a été légèrement améliorée par 50 mg de Thioridazine.

Traitement - On associe 30 mg de Tofranil dans l'espoir de réduire le repliement et l'immobilisme. On porte le Tofranil à 40 mg 15 jours après.

On obtient seulement une diminution modérée du repliement et de l'agressivité. Avec le personnel hospitalier, la malade est plus coopérante, plus aimable même lorsqu'on lui parle de ses soucis et du passé.

Le résultat est nul sur le fond de tristesse et le mode de vie.

Le traitement est poursuivi pendant deux mois puis interrompu.

Il semble après un recul de trois mois avoir agi comme une sorte de "starter". Actuellement la malade est moins repliée, elle demande spontanément des examens et répond aux questions avec une gentillesse qui étonne.

Ces trois malades ont été traitées avec des doses de Tofranil 10 mg ne correspondant pas à la posologie normale du traitement des syndromes mélancoliques, même chez le sujet âgé, par le Tofranil à 25 mg. Nous avons, en effet, utilisé les doses que nous avons prévues pour le traitement des dépressions séniles simples réactionnelles.

Le résultat a été nul. Ce résultat nous permet de distinguer chez le vieillard la dépression réactionnelle à l'état sénile, et les syndromes mélancoliques réels sans dépression vitale globale au sens qu'il faut entendre, c'est-à-dire dépression des fonctions vitales dans leur ensemble neuro-biologique.

Le traitement a peut-être amélioré les contacts sociaux avec le personnel chez la première malade (Rich. ...). Dans les deux autres cas, (Zim... et Aig...) on se demande en revoyant, avec un recul de plusieurs mois, l'observation et la malade si le traitement n'a pas tout

de même fait faire un pas en avant vers le mieux.

De toute façon, au cours du traitement, l'effet anxiogène du Tofranil s'est franchement manifesté chez ces deux malades. Nous avons même été obligés chez l'une d'elles (Zim...) d'interrompre le traitement après une cure de six jours, la tristesse s'accentuant de plus en plus. Au bout de quelques jours, l'anxiété paraissant estompée, nous avons repris le Tofranil à la dose de 30 mg par jour, mais nous avons dû l'interrompre définitivement au bout de trois jours, l'anxiété se remanifestant fortement.

4 - HYPOCHONDRIE QUERULENTE -

On sait combien l'hypochondrie quérulente est fréquente et pénible dans la vieillesse. Ces vieillards qui se plaignent de "tout et de rien", sont très nombreux dans les salles d'hospices. Souvent bien peu atteints, ils se sentent très malades. Ils sont polarisés sur leur mal et ne pensent qu'à lui ; le plus souvent, ce sont des troubles digestifs qui sont au centre de leurs préoccupations. Ils deviennent revendicateurs, agressifs à l'égard des médecins et de toutes les personnes qui les approchent.

Le Tofranil étant un psycho-analeptique, il pourrait paraître étonnant de traiter des états hypochondriaques par une drogue susceptible d'aggraver la revendication et l'excitation. Nous référant aux résultats favorables obtenus par SCHMIED et ZIEGLER, *nous avons traité 3 malades*, quérulentes dans le cadre de leurs revendications hypochondriaques, mais ne présentant par ailleurs ni agitation, ni hostilité, ni agressivité en dehors de l'objet de leurs préoccupations.

OBSERVATION N° 23. - Cal... 69 ans. - Obèse, cette malade est préoccupée par toutes sortes de malaises, réels mais bénins, principalement digestifs et rhumatismaux. Elle est quérulente malgré les sédatifs les plus divers, jusqu'à 0,30 gr de Gardénal, se levant aussi bien à 2 heures du matin pour arranger son lit réveillant ses voisines. S'occupant de tout et de tous, elle est insupportable mais elle ne présente pas d'hostilité, elle réclame perpétuellement à propos des soins et des médications.

Traitement - Le Tofranil est donné à doses progressives, 10, 20, 30 mg tandis que les barbituriques sont diminués et seulement maintenus à la dose de 0,05 gr le soir. Après 15 jour de traitement la malade est nettement plus calme ; elle ne tracasse plus son entourage. Elle est bien moins quérulente, tout en se plaignant sans cesse de tout.

La dose est alors augmentée à 40 mg par jour.

Après une petite phase d'agitation, légèrement histrionesque, le calme revient. La malade est supportable.

Au bout de 6 semaines, on réduit les doses à 30 mg. l'hypochondrie a disparu, les malaises sont mieux jugés.

Un mois après, la médication n'est donnée que 4 jours par semaine, l'amélioration est nette ; elle se maintient 6 mois après l'arrêt du traitement

Nous rapportons deux autres cas d'hypochondrie quérulente dans les observations N° 6 et N° 14. (Coq... et Oli...).

Les résultats ont été excellents. Cette amélioration chez les hypochondriaques a été marquée par un véritable renouveau de la personnalité. Des malades grincheux, aigris, complètement indifférents à tout ce qui n'était pas leur mal, ont retrouvé un goût à la vie des initiatives et un intérêt pour leur entourage, contrastant avec l'agressivité et l'hostilité dont ils faisaient preuve auparavant.

5 - DEMENCE SENILE AVEC TRISTESSE -

Nous avons tenté de réveiller les fonctions intellectuelles et physiques de 15 malades, atteintes de démence sénile assez importante, et présentant soit une tristesse apparente, soit une dépression profonde de l'ensemble des fonctions intellectuelles et physiques.

Chez certaines, l'abandon avait été provoqué par une affection intercurrente. Quelques unes ont viré brusquement vers un état parfois voisin de la torpeur ; nous différencions celui-ci du marasme d'hospitalisation, parce que rien d'extérieur ne le motive apparemment. D'autres enfin étaient dans la même situation depuis plusieurs mois, s'aggravant lentement.

Selon leur comportement de base, antérieur à l'accès dépressif, nos malades peuvent être classés en trois groupes :

a/ Tendance à l'agitation.
b/ Tranquillité mais refus de contact.
c/ Tranquillité et sociabilité bonne.

a/ - Démence sénile avec tendance à l'agitation

Dans les 3 cas traités avec le Tofranil 10 mg, *nos résultats furent défavorables*. Le Tofranil a provoqué le retour à l'excitation antérieure avec agressivité ou confusion légère. Cependant le traitement a favorisé l'émergence de deux malades présentant :

- L'une un syndrome de glissement spontané,
- L'autre une réaction d'effondrement après un état grippal.

L'excitation disparaît aussitôt après l'arrêt du traitement.

Nous avons cependant jugé bon de poursuivre celui-ci dans un cas (observation N°45. Barr...), par suite de son effet favorable sur les escarres ; l'association de Thioridazine au Tofranil a procuré le calme nécessaire.

OBSERVATION. N° 24. - Dot... 88 ans. - Malade chez laquelle un vernis social masque une profonde involution intellectuelle, ayant présenté plusieurs épisodes d'agitation modérée avec refus du milieu.

En Octobre 1961, cette femme ne se déplace plus que pour aller à table. Le reste de la journée, elle ne bouge pas de sa chaise au pied de son lit. On doit l'habiller et la déshabiller comme un mannequin.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour pendant 5 jours, puis 40 mg. 8 jours après, on constate un effet favorable sur le tonus général mais défavorable par son action excitante qui révèle davantage l'état démentiel involutif de la malade. Celle-ci n'est pas améliorée sur le plan intellectuel, elle est plus agitée. Au lieu de rester immobile, elle va au bout de la salle pour tenter de sortir, elle déchire ses vêtements lorsqu'on l'habille.

Le traitement est interrompu au douzième jour. La malade retombe dans sa torpeur.

OBSERVATION. N° 25. - Fou... 70 ans. - Malade hospitalisée depuis 1957 pour une importante involution mentale. Elle vit repliée sur elle-même n'ayant aucun contact avec ses voisines, totalement isolée dans la collectivité. Elle est légèrement agressive et agitée. Les traitements sédatifs et tranquillisants n'ont donné aucun résultat.

Traitement - Le Tofranil est donné dans l'espoir de réduire l'isolement. On donne 30 mg pendant 3 jours, puis 40 mg pendant 8 jours. On obtient rapidement une aggravation de l'agitation et de l'agressivité.

Le traitement doit être interrompu.

Le troisième cas que nous avons traité, est rapporté dans l'observation N° 45.

b/ - Démence sénile tranquille avec refus de contact et opposition -

Nous avons traité 3 malades dans ce cadre. Le traitement a dû être interrompu au troisième jour chez l'une, au bout de trois semaines chez les deux autres. La médication s'est révélée inefficace sur la tristesse. Elle a accentué l'hostilité et le repliement des 3 malades.

OBSERVATION. N° 26. - Lap... 83 ans. - Malade hospitalisée depuis l'âge de 64 ans. Elle a toujours été hostile, opposante, refusant tout contact médical et social. Cette malade a sombré dans un repliement total depuis une hépatite virale grave en 1958. Elle garde en permanence un bandeau devant les yeux (car elle y voit peu à cause d'une cataracte. Les sédatifs et les tranquillisants n'ont eu aucun effet

Traitement - Tofranil 30 mg par jour du 20 Avril au 16 Mai 1961. Le traitement ne donne aucun résultat mais accentue l'hostilité.

Par la suite la malade se refuse à toute reprise du traitement.

OBSERVATION. N° 27. - St Pé ... 79 ans. - La malade entre à l'hospice après avoir présenté un épisode subocclusif. L'examen radiologique fait suspecter un cancer de la terminaison du sigmoïde.

Depuis son arrivée, la malade pleurniche sans cesse veut retourner chez elle bien qu'elle vive seule. La malade est agitée sans la moindre agressivité

Traitement - Tofranil 30 mg par jour. Le traitement doit être interrompu au troisième jour car la malade est de plus en plus énervée, elle devient coléreuse, agitée et hostile.

OBSERVATION. N° 28. - Bar... 84 ans. - Démence sénile avec sclérose cérébrale notable. La malade n'est pas intégrée à la vie d'hospice, ne recherche pas les contacts. Elle se tient perpétuellement dans la ruelle derrière son lit, assise sur un fauteuil, sans bouger

Traitement - Le Tofranil est donné à la dose de 30 mg le 27 Octobre 1961, puis porté à 40 mg le 30 Octobre et à 50 mg le 7 Novembre.

Le 13 Novembre, on ne constate aucun changement, la malade devient de plus en plus agressive.

Le Tofranil doit être interrompu le 22 Novembre, le résultat étant nul chez cette malade.

c/ Démence sénile calme et sociable -

Nous avons traité neuf malades entrant dans ce cadre.

Nous avons eu 4 résultats nuls, 3 bons résultats et 2 réactions d'excitation.

Le traitement n'a donné aucune réaction chez 4 malades atteintes depuis fort longtemps d'une cérébrosclérose involutive, deux d'entre elles, cependant, ne présentaient qu'un affaiblissement intellectuel relativement peu profond. Il semble que ces malades avaient épuisé leurs possibilités réactionnelles, car elles étaient dans un état d'hyposthénie générale et neurocirculatoire important.

L'excitation provoquée chez deux malades nous a surpris.

Aucune contre indication, aucun symptôme ne distinguaient apparemment les cas nuls de ceux des malades qui ont réagi favorablement. En réalité, ces trois malades avaient présenté un virage brusque après une affection causale intercurrente.

OBSERVATION N° 29. - Serv... 75 ans. - Malade assez fruste, présentant une artériosclérose importante et une démence sénile calme depuis un ictus sans séquelle motrice. Immobilisme, perte de la mémoire affaissement intellectuel profond. La malade est légèrement confuse et semi hébétée. Elle a une véritable passion pour le decubitus ; lorsqu'on la lève, elle se recouche toute habillée.

Traitement - Tofranil 30 mg pendant 5 jours, 40 mg par jour ensuite. Un mois après, on note une amélioration légère. Mme S... est moins confuse ; elle répond intelligiblement et correctement et elle échange quelques mots avec sa voisine de lit. Elle mange seule.

La dose de Tofranil est portée à 50 mg au bout d'un mois. La malade ne remonte plus dans son lit : elle reste assise et parle volontiers. Elle n'est plus confuse dans l'ensemble. Mais l'amélioration ne dépasse pas un seuil assez moyen. Il est vrai que le niveau intellectuel de base était plutôt bas ; en considération de celui-ci, l'effet est favorable, surtout sur le plan socio-hopitalier.

OBSERVATION. N° 30. - Chau... 91 ans. - Malade pléthorique, présentant une insuffisance cardiaque sénile compensée et une cérébrosclérose. Le vernis social masquait la profondeur de l'involution ; l'état intellectuel était cependant convenable pour l'âge et le milieu.

En Avril 1961, grippe. Au cours de celle-ci, la malade présente un collapsus d'intensité modérée. Une très importante asthénie persiste en même temps que le processus involutif subit une brutale et profonde aggravation. La malade reste immobile dans son lit. Grâce à son vernis social, elle manifeste d'affables velléités de marche, de conversation, sans jamais passer à l'exécution. Si on la lève, elle est instable, doit être soutenue. Elle est totalement "perdue".

Traitement - Tofranil 30 mg le 5 Mai 1961. Rapidement la malade devient plus alerte. Elle demande à se lever et à marcher ; elle n'a plus peur de tomber, mais sa marche reste difficile.

Elle demande le fauteuil. Elle parle et discute mieux, s'intéresse, s'occupe des évènements d Algérie

Fin Mai, état stabilisé, traitement interrompu le 21 Juin L'amélioration se maintient.

En septembre, on constate toutefois une baisse intellectuelle avec agitation ; la malade est emportée quelques jours après par une hémorragie cérébrale brutale.

Nous rapportons le troisième bon résultat dans l'observation N° 11.

OBSERVATION. N° 31. - Camb... 82 ans. - Jusque là très active, Mme C présente aux premiers jours d'Août, sans raison apparente, un effondrement de l'élan vital, physique et intellectuel. Elle ne sort plus, elle est lasse, triste, amorphe ; le regard est atone et la parole est mal assurée. L'examen est négatif

Le Tofranil est donné à la dose de 30 mg par jour du 10 Août au 20 Septembre. A ce moment, la malade part en congé, nettement améliorée mais encore assez peu tonique.

Après son retour, elle est remise en traitement le 12 Octobre, car elle est à peu près dans le même état. Elle reste le plus souvent assise au pied de son lit, ne s'intéressant à rien, sans élan aucun. La dose est portée à 40 mg le 25 Octo-

bre et à 50 mg le 31 Octobre, l'amélioration paraissant faible. Mme C... est plus active et sort assez souvent, mais elle paraît avoir perdu beaucoup de sa personnalité. Elle continue son activité par automatisme et elle a perdu toute coquetterie, voire même propreté. L'augmentation des doses n'amène pas d'amélioration. Le 21 Novembre, la malade est légèrement désorientée, et elle présente une confusion onirique : elle chiffonne des papiers "pour allumer du feu dans cette belle cheminée pour faire cuire le rôti", au milieu de la salle. Le traitement est interrompu et l'état confusionnel disparaît 3 jours plus tard

OBSERVATION. N° 32. - Far... 79 ans. - Malade hospitalisée en Avril 1961 pour une hémiparésie droite sans aphasie. Dans le service, elle ne manifeste aucune activité, ne se levant guère et ne parlant que rarement. Elle ne participe pas à la vie de la salle.

Cet état va empirer rapidement et le 6 Octobre, on note un désintérêt total avec effondrement de la personnalité et somnolence. La malade commence à se souiller.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour à partir du 6 Octobre. 4 jours après, apparaît un court épisode confusionnel avec amorce de collapsus.

Le 11 Octobre, la dose est portée à 40 mg par jour. La malade parle par des ondes de collapsus léger cédant à la médication classique. Elle devient hypothermique.

Le 13 Octobre, la température est à 35° et la tension artérielle à 9.6. (avant le traitement 11.7.). Traitée par des perfusions d'hydrocortisone, de trophysan et des aneleptiques, la malade est réchauffée mais somnolente. Le Tofranil est supprimé le 20 Octobre.

L'hyposthénie augmentant, le Tofranil est donné à nouveau à la dose de 40 mg avec une thérapeutique symptomatique.

Le 23 Novembre, on ne décele pas d'amélioration, l'état est stationnaire. La malade est lucide et adynamique. Elle s'effondre lentement et meurt le 29 Novembre.

OBSERVATION. N° 33. - Lau... 79 ans. - Malade présentant une fistule recto-vaginale après une intervention pour cancer génital effectuée il y a trois ans

La malade n'a pas quitté son lit depuis l'opération. Elle reste inerte et présente une ankylose notable des membres inférieurs. Elle ne parle que si on l'interroge, fuyant tout contact. Elle ne manifeste aucun désir.

Le traitement par le Tofranil à la dose de 30, 40, 50 et même 60 mg par jour, ne modifie absolument en rien le comportement de la malade.

OBSERVATION. N° 34. - Couf... 85 ans. - Malade profondément involuée qui n'a aucun contact avec ses voisines, grabataire et absente. Elle passe des heures entières à chantonner le même cantique.

Il a semblé que l'Imipramine a facilité la résurgence d'un certain niveau intellectuel mais il ne s'agissait en réalité, que du rappel de phrases automatiques, vestige du vernis social.

Traitement - La malade a reçu du Tofranil à la dose de 30 mg pendant 7 jours, de 40 mg pendant 8 jours et enfin 50 mg pendant 20 jours, sans le moindre résultat. Elle reste, dans le même état de démence calme, aimable et plutôt euphorique.

OBSERVATION. N° 35. - Seg... 83 ans. - Malade hospitalisée dans un état de dénutrition et de deshydratation sévère, avec un état démentiel subdélirant, rapidement améliorée par une thérapeutique nutritionnelle.

Trois mois après son hospitalisation, elle reste hypos-thénique, somnolente, sans activité, ne marchant que pour aller à table. C'est une petite vieille qui ne parle que si l'on s'approche d'elle, qui répond calmement sans tristesse mais qui ne désire pas converser.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour le 15 Mai 1961 puis 40 mg le 1er Juin. La malade paraît moins somnolente mais elle n'est guère plus tonique.

Après trois mois de traitement à la dose de 40 mg par jour, on ne constate pas d'amélioration appréciable. Le traitement est interrompu car il ne semble pas qu'une augmentation des doses aurait été plus efficace

L'observation N° 10. - Wu..., montre également un cas de démence sénile avec tendance à l'agitation.

6 - *GRANDE DEMENCE SENILE ET APHASIE DEMENTIELLE* -

Nous avons traité par le Tofranil des démences séniles profondes avec l'intention d'agir sur des escarres. La résurgence d'une partie des fonctions intellectuelles fait penser que la vitalité psychique est moins effacée qu'elle ne le paraît dans certains grands états démentiels, avec confusion extrême et anéantissement intellectuel, même lorsque la démence paraît avoir supprimé la fonction gestuelle. Les troubles intellectuels de la démence sénile artérioscléreuse peuvent être grandement aggravés dans leur expression aussi bien que dans leur essence par un renoncement total à une époque où le malade a conscience de son état, ou du moins, de l'évolution de son mal. Une importante sidération dépressive peut précipiter le vieillard dans la torpeur et peut aggraver certaines aphasies démentielles avec syndrome aphaso-agnoso-apraxique profond.

Cinq malades atteintes de démence sénile ont reçu du Tofranil. *Le résultat a été faible chez l'une d'elles*, gravement touchée et que nous avons traitée par des doses trop faibles de Tofranil et par une médication générale insuffisante. *Quatre malades ont présenté une amélioration notable et inespérée de leur état.*

OBSERVATION. N° 36. - Pas... 70 ans. - Malade ayant présenté en Décembre 1960 un ictus qui n'a pas laissé de séquelle motrice ou d'aphasie. Mais la malade s'enfonce dans un état d'involution grave dont l'allure évolutive est accélérée. Hospitalisée en Mars 1961, elle marche encore et se suffit. Très vite, elle évolue vers une confusion totale, puis vers une démence absolue avec une vie purement végétative. Elle gâte et n'a aucune réaction permettant de soupçonner la permanence d'une fonction intellectuelle. Aucun traitement n'a donné de résultats appréciables. Début Juin 1961, apparaissent des escarres aux talons et une escarre sacrée rapidement profonde, sanieuse, sur 14.12 cm.

Traitement - Tofranil 30 mg le 25 Août ; 40 mg le 30 Août.

Le 22 Septembre, état général inchangé mais l'alimentation est plus facile. Escarres talonnières cicatricées. Escarre sacrée bourgeonnant activement. On associe Polyvitaminothérapie et anabolisants protidiques. Le 6 Octobre, la démence est inchangée et l'escarre creuse à nouveau.

Le Tofranil est porté à 50 mg

Le 30 Octobre : nette amélioration. Le regard s'est humanisé. La malade semble prêter de l'intérêt aux mouvements de l'entourage qu'elle suit des yeux. L'escarre a bourgeonné et a retrouvé ses dimensions antérieures. Traitement porté à 60 mg.

L'amélioration est dès lors importante. Depuis le 7 Novembre environ, on note que la malade mange avec un appétit certain. Sa mimique témoigne qu'elle porte de l'intérêt à la présence de l'entourage. Elle prononce des mots, puis de courtes phrases.

Le 20 Novembre, la transformation est frappante, le regard est lucide. La malade est éveillée et présente. Elle a d'abord manifesté par sa mimique qu'elle reconnaissait ses filles qui sont venues chaque jour la faire manger et la soigner. Puis elle les a appelées par leur nom. Plus tard, elle a prononcé le nom d'autres parents avec une intonation interrogative. Mangeant avec appétit, elle donne son avis sur la saveur des mets. Elle répond avec à propos aux questions simples et fait parfois de courtes phrases. Le 30 Novembre, elle questionne d'elle même l'externe : "comment allez-vous ? - très bien - c'est l'essentiel". Elle se fatigue vite ; l'éveil de sa personnalité varie selon les jours et elle est parfois plus profondément enfoncée. Mais dans l'ensemble, l'amélioration progresse lentement. L'escarre sacrée ne mesure que 3, 2 cm et ne creuse que de 3 mm au centre sur 1 cm^2 environ, les bords étant décollés sur 2 mm, le 20 Décembre. Une hypotension incite à ramener le traitement à 40 mg.

OBSERVATION. N° 37. - Amou... 79 ans. - Malade artérioscléreuse ayant présenté une hémiplégie droite, puis un infractus du myocarde en 1959. Elle entre dans le Service en Mai 1961 : pléthorique, hémiplégie droite et aphasie absolue, la malade ne peut émettre que quelques phonèmes. Elle s'aggrave par marasme d'hospitalisation, immobilisme total, incontinence émotionnelle et, semble t-il, refus d'alimentation. Incontinente, elle arrache la sonde avec sa main valide, mais n'a pas d'escarre. L'état général est encore bon.

Traitement - Tofranil 30 mg le 8 Août : rapide et considérable amélioration. Quelques jours après, les pleurs ont cessé, la malade est alimentée normalement, bien que lentement. Elle paraît plus consciente, plus présente. Dans la limite de ses possibilités expressives, elle est agréable, aimable, souriante et accueillante.

L'aphasie est grandement améliorée. Rapidement Mme A... arrive à prononcer quelques phrases même assez longues à propos de faits courants ; elle se fatigue vite, mais on entre facilement en contact avec elle. Le langage est plus difficile si la

malade doit parler de faits abstraits. Elle achoppe alors sur certains mots et bredouille car "elle s'énerve de ne pas trouver".

Mais le 25 Août et le 9 Septembre, Mme A... présente deux "éclipses cérébrales" avec obnubilation durant 30 mm environ et courte baisse tensionnelle. L'état général s'altère après le deuxième incident : la malade est moins sthénique, elle parle moins mais mange toujours bien. L'état général, cardiaque, tensionnel et biologique reste bon. Mais une escarre sacrée se manifeste, augmentant rapidement en surface, ne creusant pas sinon tout au centre où elle prend un aspect nécrotique.

Tofranil : 40 mg le 21 Septembre associé à une thérapeutique générale. Deux jours après, l'escarre a diminué de 1 cm en périphérie et commence à épidermiser. Mais une petite plaie se forme sur la hanche droite. L'amélioration de l'état général est moins nette.

Tofranil : 50 mg le 11 Octobre. L'état général s'améliore ainsi que la parole. Sur demande la malade chante le refrain de la Marseillaise. Le 10 Novembre, on a noté que l'escarre de la hanche a disparu, mais si l'escarre sacrée retrécit de moitié elle a tendance à creuser en profondeur. Le 11 Novembre : thrombo-phlébite marastique du membre inférieur paralysé ; l'état général s'effondre. La malade entre dans un coma qui dure 3 jours.

OBSERVATION. N° 38. - Laj... 80 ans. - Cette malade présentait une démence sénile absolue, euphorique et calme. Elle prenait le ton de la personne qui lui parlait, par mimétisme parfait, pour répondre en paraissant suivre un kaléidoscope d'idées totalement délirantes dont l'expression ne dépassait pas 1 à 2 mots, le plus souvent incompréhensibles.

Le Tofranil est donné à la dose de 30 mg par jour à partir du 2 Mai 1961, pour une escarre durant depuis au moins 2 ans, stabilisée sous la forme d'une plaie de 4 cm2 au fond d'un petit tunnel non épidermisé.

Huit jours plus tard, l'escarre a diminué d'un tiers. Elle bourgeonne et est moins profonde. Peu à peu, les bourgeons montent depuis le fond du tunnel qui se comble lentement. Parallèlement, la malade paraît plus éveillée, et il semble qu'elle arrive à conserver la même idée pendant 5 à 6 secondes. On note même le 1er Juin, qu'elle a pleuré lorsqu'on lui a parlé de son passé (ancienne "première" d'une grande maison de couture). Ceci a étonné, car elle n'avait jamais réagi à de pareilles évocations sinon par son habituel rire démentiel.

Peu à peu, l'escarre diminue l'état psychique ne change guère, mais à la fin du mois de Juillet, on a l'impression qu'un lent travail en profondeur s'effectue. Au 25 Août, l'escarre n'est plus représentée que par une petite plaie de 1cm2, seulement à épidermiser, au fond d'un tunnel de 2 cm entièrement cicatricé.

Le psychisme est nettement amélioré. Le regard est plus éveillé ; la malade paraît s'intéresser. Elle apparaît mainte-

nant aphasique, aphasie démentielle certes, mais lorsqu'on lui parle, la malade est capable de saisir une idée et de commencer une phrase sur un point précis. Elle ne peut coordonner ses idées et surtout leur expression par la suite. En moins de 10 secondes, elle déraisonne. Elle arrive même à prendre conscience de cet état : "je ne peux pas", et aussitôt elle tombe dans l'absurde, ou bien, en frappant son front avec l'index : "C'est la parole qui n'a pas de courant"

Le traitement est porté à 40 mg le 25 Août. L'amélioration progresse peu à peu. En Octobre, la malade est capable de construire avec précision des phrases assez longues. La mémoire, la faculté d'évocation et d'expression de dates ou de faits précis reviennent très légèrement. L'expression est aphasique. Cet éveil intellectuel est fugitif, mais étonnant: on a l'impression qu'un voile se déchire. Le 25 Octobre, le traitement est porté à 50 mg par jour.

Le 13 Novembre, lorsque l'externe (absent les 11 et 12) s'approche d'elle, la malade l'interpelle : "Tiens, vous nous avez oubliées ces jours-ci. Vous n'êtes pas venu. - Hier c'était Dimanche. - Oui, il y avait la Messe, vous n'étiez pas là". Effectivement l'office avait été célébré dans la salle Puis elle tombe dans son euphorie démentielle. Le traitement est maintenu à la même dose.

Le 24 Novembre, il apparaît bien que la malade présente une aphasie démentielle dont elle paraît émerger très lentement. Deux attitudes se succèdent par éclairs successifs. D'abord une euphorie et des saccades de rires, d'expression moins démentielle qu'auparavant ; à ces moments, la malade ne dit rien ou n'émet que des phrases courtes, incorrectes ou incohérentes. Puis, subitement, la malade devient calme et attentive ; elle fait un effort de réflexion pour chercher un mot précis, qu'elle ne trouve alors que sous une forme nettement aphasique. Elle est ainsi capable de faire de courtes phrases, correctes et avec à propos, ou bien inadaptées à la question. Elle dit plus facilement des phrases spontanées ou en réponse à des questions courtes et simples, mais elle manifeste toujours une grande aphasie avec ses erreurs de phonèmes, intoxication par le mot, lors de demandes précises ou lors des tests classiques. Après 6 mois de traitement, le changement est spectaculaire. Les phases d'euphorie démentielle ont d'ailleurs presque disparu. La tolérance est parfaite ; l'état général est excellent.

Le 15 Décembre, on réduit à 40 mg par jour la dose de Tofranil à laquelle on associe du Coenzyme A injectable

Au cours du mois de Janvier 1962, on note un léger affaissement de l'état psychique et physique dû à un épisode de toxi-infection intestinale mais le maintien du traitement a empêché l'accentuation du glissement, la malade revenant rapidement à son état antérieur.

Fin Janvier 1962, l'amélioration persiste ; la malade est de plus en plus présente, elle essaye de parler. Le début de ses phrases est correct , le syndrome aphasique se manifestant seulement à la fin de celles-ci. Mais la malade continue à exprimer des éléments curieux en regardant sa griffe hémiplégique : "Il y a le mensonge dans ce poing", occupation

due à un état délirant.

Le traitement chez cette malade a permis l'amélioration des contacts humains et la récupération de quelques possibilités d'élocution.

OBSERVATION. N° 39. - Deg... 56 ans. - Hémorragie cérébrale chez une hypertendue à l'âge de 45 ans, ayant entraîné une hémiplégie droite totale et une aphasie absolue. Peu à peu, l'aphasie s'améliorant, la malade semble comprendre certaines questions, elle manifeste des sentiments affectifs et reconnaît certaines personnes. Elle répond correctement à des questions élémentaires avec l'unique mot à sa disposition : "oui". Par contre, elle reste dans un immobilisme total.

Traitement - Tofranil, 30 mg pendant 3 jours puis 40 mg pendant 10 jours. Très rapidement, un net éveil de la conscience se manifeste, la dose est alors portée à 50 mg.

Sous l'effet du traitement, on note une régression progressive de l'aphasie et une récupération très minime du langage. La malade exprime quelques réflexions à l'aide de mots simples et elle manifeste sa participation à la question de l'interlocuteur. Elle arrive à réciter quelques prières sans trop achopper sur les mots, certainement par récupération des automatismes. Elle chante même le refrain de la Marseillaise, l'air et la note étant toujours justes même quand le mot est incorrect par erreur de phonèmes. On note donc une nette récupération du langage intérieur de même qu'une amélioration des possibilités d'expression.

Il faut tenir compte que cette grande aphasie est survenue chez une petite malade mentale qui avait présenté vers l'âge de 20 ans, un léger état schizophrénique et qui était toujours restée diminuée au point de vue mental. On se demande si le Tofranil n'a pas agi sur l'état d'inhibition autant que sur l'état mental antérieur et que sur l'état démentiel.

7 - ETATS PSEUDO-BULBAIRES -

Nous avons donné tout d'abord, avec Monsieur le Professeur DARDENNE, du Tofranil 10 mg à 2 pseudo-bulbaires, en vue de les libérer d'une dépression réactionnelle. Le résultat obtenu sur l'hypertonie nous a incité à traiter d'autres malades.

CHRISTE, d'ailleurs, avait constaté de bons résultats sur le pleurer spasmodique et sur l'incontinence émotionnelle des pseudo-bulbaires. CHRISTE interprète celle-ci comme un déséquilibre psycho-affectif, par une impossibilité de contenir les émois passant, sans démarcation, de l'émotivité simple au pleurer spasmodique.

Nous considérons qu'il faut différencier, en réalité, le trouble démentiel sénile d'hyperémotivité non contrôlée dans son expression et le pleurer spasmodique.

Certes la plupart des pseudo-bulbaires ont quelques troubles intellectuels correspondant à la démence sénile. Mais, outre que l'émotion de constater et d'extérioriser une profonde déchéance dans les contacts humains est très naturelle, le pleurer spasmodique traduit avant tout une forme particulière d'hypertonie combinée pyramidale et extra-pyramidale. Ceci apparaît bien lorsqu'on étudie le passage de la contracture de base à la crispation de la face et à la dysarthrie, puis au rictus diffusé aux peauciers pour sombrer ensuite dans le spasme du pleurer.

Celui-ci est loin de traduire et d'exprimer l'impossibilité de contenir ses émois, voir même l'existence d'un émoi profond. La crise semble représenter un accès d'hypertonie, déclenché par l'effort de parole et siégeant dans le territoire de la mimique émotionnelle. Cette hypertonie détermine une émission lacrymale et salivaire réflexe avec intense congestion céphalique. La crise survient sur une contracture de base dont l'ex-

pression est neutre ou plutôt avec rictus de tristesse chez la plupart des malades, tristesse souvent réelle et dont la motivation est bien évidente.

Chez de rares malades, l'hypertonie de base ressemble à une sorte de ricanement qui oriente l'accès vers un pseudo-rire.

Dans ces états pseudo-bulbaires, nous ne pensons pas que le Tofranil agisse uniquement sur un facteur dépressif.

Sur les 6 malades atteintes d'états pseudo-bulbaires que nous avons traitées avec du Tofranil 10, nous avons obtenu :

5 bons résultats,
1 mauvais résultat.

Celui-ci concerne une malade présentant une contracture permanente considérable, avec paralysie et hypertonie labio-glosso-vélo-laryngée.

OBSERVATION. N° 40. - Va... 73 ans. - Hypertendue, ayant subi plusieurs ictus depuis 5 ans. Etat pseudo-bulbaire : démarche peu perturbée, mais paralysie labio-glosso-vélo-laryngée gênant la déglutition, particulièrement celle des liquides, sialorrhée intense, hypertonie de la face figeant un rictus permanent, dysarthrie considérable. Pas de tremblement, pas d'hypertonie des membres.

Traitement - Tofranil, 30 mg pendant 8 jours, puis 40 mg.

Dix jours après, on note une hypotension, la tension artérielle passant de 23. 12 à 15. 10, l'asthénie augmente. Par contre, on ne note aucune action sur l'hypertonie et la dysarthrie.

Quelques jours plus tard, la dysphagie devient extrême, le traitement est interrompu. Le lendemain, la déglutition est impossible ; l'alimentation artificielle doit être instituée pendant 4 jours. Après quoi, la malade peut de nouveau déglutir. Elle reprend son état antérieur, la tension artérielle remontant à 20. 11.

L'électrocardiogramme n'a pas été modifié, et nous n'avons décelé aucune autre complication.

OBSERVATION. N° 41. - Bounh... 73 ans. - Pseudo-bulbaire typique mais grabataire du fait d'une hémiplégie gauche totale chez une obèse. Etat général bon, pas d'escarre.

Traitement - Tofranil, 30 mg le 6 Mai 1961 On note aussitôt une amélioration progressive des divers symptômes.

Lorsque le traitement doit être interrompu le 21 Juin, pour raison matérielle, l'état de la malade est le suivant : dysphagie légère seulement pour les liquides, réduction de la contracture permanente de la face, pas de pleurer spasmodique. On note seulement un rictus de la face avec congestion céphalique lorsque la malade parle ; elle est moins dysarthrique et peut faire des phrases.

Le 3 Août, la malade est revenue à son état antérieur. Le traitement est repris à la dose de 30 mg par jour.

Trois semaines plus tard, l'incontinence émotionnelle a nettement diminué . la congestion de la face et le rictus sont moins accentués. La parole est plus facile.

Le 22 Août, la dose de Tofranil est portée à 40 mg. On assiste à une transformation progressive et vraiment étonnante. On doit reconnaître l'existence d'un facteur émotionnel, car l'amélioration a paru plus précoce lors des conversations avec la Religieuse, l'Interne et l'Externe de la salle, qu'avec le Chef de Service.

Tout d'abord, le pleurer pseudo-bulbaire ne se manifeste qu'après une ou deux minutes de conversation portant sur la maladie. La contracture est faible et il y a très peu de congestion de la face. Ensuite le pleurer disparaît ou se calme sitôt amorcé. Le faciès est détendu. La malade parle facilement, elle ne converse qu'avec une gêne modérée, elle avale très bien les solides et presque normalement les liquides. Il est vrai que Mme Bounh... est animée d'une farouche volonté de rééducation.

En Février 1962, l'amélioration se maintient et elle est vraiment importante.

OBSERVATION. N° 42. - Arque... 79 ans. - Pseudo-bulbaire hospitalisée en 1960 après avoir été dépouillée de tous ses biens par son neveu. Elle présente un état dépressif intense qui majore grandement l'incontinence émotionnelle de l'état pseudo-bulbaire, la malade ramenant toute conversation à ce sujet. Elle est également soucieuse de son instabilité à la marche et de sa dysarthrie.

Traitement - Tofranil 30 mg le 20 Avril 1961. La marche devient très vite plus assurée, la malade ne s'isole plus, elle est moins triste moins fatiguée. Elle parle mieux mais elle n'a "goût à rien et pas d'appétit".

Le 15 Mai, la médication est portée à 40 mg par jour. Progressivement en 15 jours, on note une nette amélioration de l'état psychique et du comportement. La tristesse a disparu. La malade conserve une réaction tout à fait normale à ses malheurs.

L'incontinence émotionnelle a presque disparu. C'est à peine si elle a une réaction un peu trop forte à l'évocation de ses misères, avec crispation légère du visage. A toute autre conversation, elle ne pleure pas ; la contracture est faible et la dysarthrie a presque disparu. Mme Arque... participe à la vie collective, elle est active et elle s'occupe même d'une grande malade. Elle demande des soins médicaux, alors qu'auparavant, elle était réticente sur ce point.

Le 21 Juin, le traitement est interrompu.

Le 26 Juillet, il est repris à la dose de 30 mg l'amélioration semblait se maintenir depuis le premier traitement mais la dysarthrie était de nouveau accentuée. Après 4 à 5 jours d'aggravation, un mieux sensible se manifeste. La dysarthrie diminue, la démarche est plus facile. La malade n'a plus d'incontinence émotionnelle. On doit vraiment la torturer en insistant sur ses malheurs passés, pour déclencher une mimique émotionnelle, avec ébauche de rictus pseudo-bulbaire. Ceci mis à part, la malade est contente, elle plaisante et se mêle à la conversation générale à table.

Le 30 Septembre, devant la persistance de l'amélioration, on arrête le traitement après réduction progressive des doses.

Douze jours plus tard, la dysarthrie devient de nouveau importante. Le traitement est repris, pendant 10 jours, à la dose de 30 mg puis de 40 mg. La maladie suit le même cycle qu'au cours de la première phase du traitement.

Mais un état dépressif notable se manifeste avec tendance à la persécution et avec aggravation de la dysarthrie.

Au bout de 8 jours, le traitement est interrompu. La dépression cesse rapidement mais apparaît une courte phase de confusion légère. Très rapidement, tout rentre dans l'ordre.

Fin Novembre, le traitement est repris à la dose de 30 mg, 5 jours par semaine. La tolérance est bonne.

OBSERVATION. N° 43. - Bien... 75 ans. - Malade hypertendue ayant présenté plusieurs ictus, hémiparésie gauche et séquelles très minimes à droite. Elle présente un facies pseudo-bulbaire avec dysarthrie et pleurer déclenchés par la moindre émotion.

Traitement - Tofranil 30 mg le 30 Octobre, 40 mg le 1er Novembre et 50 mg le 7 Novembre. Cinq jours après, elle reçoit la visite de son mari qu'elle n'avait pas vu depuis de nombreuses années, ce qui entraîne une réaction dépressive importante. Elle pleure sans cesse, et veut retourner chez elle pour mourir.

Le 13 Novembre, on réduit le Tofranil à 13 mg et l'on donne 30 cg de thioridazine. La tristesse disparaît.

Le 25 Novembre, on redonne 50 mg de Tofranil et on supprime la thioridazine

Le traitement est interrompu du 6 au 17 Janvier 1962 à cause d'un épisode entéro-vésiculaire.

Le 18 Janvier, le traitement est repris à la dose de 50 mg.

Le 25 Février, on note une nette amélioration. La crispation du visage a diminué mais la malade garde cet air

"étonné" du pseudo-bulbaire, on ne note pas de modification de la dysarthrie

OBSERVATION N° 44. - Pun... 85 ans. - Malade pléthorique, hypertendue, artérioscléreuse de longue date, ayant présenté il y a 4 ans une hémiplégie gauche

Cette malade présente un état pseudo-bulbaire avec dysarthrie et incontinence émotionnelle, pleurer spasmodique et congestion du visage qui apparaissent principalement à l'occasion d'une douleur physique ou lorsqu'on lui parle de sa maladie. Elle se rend parfaitement compte de cet état et elle en souffre.

La malade se laisse aller progressivement à un abandon total.

Elle entre à l'hôpital le 1er Août avec une pyelonéphrite à Proteus.

Le 7 Août, se déclare une escarre sacrée, qui augmente rapidement jusqu'à atteindre un diamètre de 7 cm environ mais qui reste superficielle

Traitement - Tofranil 30 mg par jour à partir du 9 Août. Après quelques jours de traitement, l'incontinence émotionnelle et le rictus de crispation avec congestion de l'extrêmité céphalique diminuent légèrement et apparaissent beaucoup plus tardivement

Après une première phase d'amélioration, l'infection urinaire s'aggrave, l'azotémie s'élève et la malade meurt le 19 Août malgré l'antibiothérapie polyvalente.

8 - ESCARRES DE DECUBITUS -

Nous avons traité par le Tofranil *13 malades atteintes d'escarres de decubitus* et, comme SCHMIED et ZIEGLER, nous avons été frappés par l'amélioration apportée à ces troubles par ce produit.

Malgré de nombreuses études consacrées à ce sujet, aucune pathogénie invoquée à l'origine des escarres et aucun traitement ne satisfont pleinement. Le décubitus prolongé et parfois total, l'incontinence et la macération de la peau, la position, l'âge ne nous semblent être que des causes favorisantes. Car des vieillards totalement paralysés et incontinents depuis de nombreuses années donc immobiles et souillés en permanence, survivent sans faire d'escarre, sans même s'entamer.

Il nous faut distinguer *deux formes d'escarres* très différentes l'une de l'autre :

- D'une part, *l'escarre de décubitus, de compression, d'irritation* due aux troubles séniles que l'on voit apparaître chez les vieillards immobilisés. L'escarre commence généralement sous la forme d'une phlyctène qui s'ouvre rapidement, l'épiderme se détache et le derme est à nu. Il se forme alors une érosion qui va, chez certains en même temps qu'une baisse de l'état général, s'étendre et creuser. Si la plaie est bien soignée, bien désinfectée, si l'état général s'améliore, elle peut guérir ou du moins se stabiliser, regressant parfois en surface et en profondeur.

Ainsi pendant des semaines et des mois, ce sont des petites plaies qui, suivant les fluctuations de l'état général du vieillard, son état de propreté, ses maladies intercurrentes, peuvent se cicatriser ou se limiter à une crosion superficielle de 3 à 5 cms de diamètre.

- D'autre part, il existe *des escarres graves d'emblée* s'étendant rapidement et devenant monstrueuses en quelques heures par une véritable fonte musculaire. Au bout de 48 heures, elles apparaissent alors comme une ulcération plus ou moins profonde, à bords épais, dégénérés et hémorragiques, à fond sanieux, atone, ne bourgeonnant pas ; elles sont souvent entourées d'une large zone de cyanose et de plaques de lividité cadavérique. Elles s'étendent rapidement à toute la région sacrée et même lombaire. Elles peuvent également siéger au niveau de tous les points de pression, et même parfois au niveau du coude, des épines iliaques et des régions scapulaires.

Dans cette forme, le problème de l'escarre duc à la compression sur des tissus de mauvaise vitalité, à cause des troubles métaboliques séniles et de l'artériosclérose, est dépassé. La compression a, ici, favorisé la paralysie vaso-motrice globale et l'asphyxie tissulaire. Ces escarres surviennent chez des vieillards en équilibre instable présentant un effondrement de leur réactivité générale, soit spontanément en apparence, soit à cause d'une modification de leur milieu (maladie, choc, désadaptation...). Ces vieillards amorcent alors un collapsus torpide et progressif qui, associé à cette large plaie suppurante, va souvent amener une issue fatale.

Aux zones de pression, les effets de ce déséquilibre général sont accentués par les troubles liés à la compression : augmentation des troubles protidiques, anoxie tissulaire par paralysie vaso-motrice, absence de lutte anti-infectieuse ; ce qui explique l'impossibilité que présente l'escarre à bourgeonner, à se régénérer et à amorcer un processus de cicatrisation.

Il nous faut donc reconnaître l'exactitude de certaines expressions de vieilles Religieuses ou Infirmières d'Hospice , voyant une différence très nette dans le pronostic des escarres quand elles disent que

le malade commence "à s'entamer" ou qu'il fait une escarre.

Nous avons traité avec le Tofranil 10, treize malades atteintes d'escarres de décubitus.

Dans 9 cas, le résultat a été favorable bien que la plupart des malades fussent dans un état excessivement sévère.

OBSERVATION. N° 45. - Barr.... 82 ans. - Malade atteinte d'une polysclérose considérable et une démence sénile avec agitation et agressivité, ayant présenté un fléchissement brutal après un épisode grippal, compliqué d'infection urinaire.

Traitement - Tofranil, 30 mg par jour à partir du 12 Mai. Le réveil de la conscience et de l'élan vital a été très rapide. La malade retourne à son état démentiel, avec agitation et agressivité. Grâce à l'association de Thioridazine ou de barbituriques, l'agitation a été neutralisée et le traitement a pu être poursuivi pour les escarres.

En effet, parallèlement à l'effondrement de l'état général, une escarre sacrée se déclare fin Avril et creuse très rapidement pour atteindre, à la veille du traitement par le Tofranil, 18.14. cm sur une profondeur de 2 cm environ au centre avec vaste plaque de nécrose sans bourgeonnement. Une excoriation se produit aux régions trochantériennes sur 5. 3. cm, ainsi que des escarres aux talons, la veille du traitement. Très vite, l'amélioration se manifeste. L'escarre sacrée bourgeonne activement et la partie en voie de nécrose tend à s'éliminer. La plaie est propre et prend un bon aspect.

Le traitement est porté à 40 mg le 16 Mai, puis à 50 mg le 25 Mai. Une agitation confusionnelle avec agressivité étant mal calmée par le Gardénal, on donne 75 mg de Thioridazine qui apporte le calme. Parallèlement les escarres s'améliorent. Les escarres iliaques cicatrisent ; la nécrose de l'escarre talonnière s'élimine ainsi que la nécrose de l'escarre sacrée. Dès lors, très rapidement le bourgeonnement prolifère à ce niveau ; tandis que la périphérie, antérieurement propre et bourgeonnante, ne manque que d'épidermisation. En Juin, les escarres ont nettement diminué en superficie et en profondeur. Cependant malgré la thérapeutique générale, les protides sanguins diminuent à 60 Grs/L.

Le 28 Juin, la malade présente une aggravation brusque des escarres, une poussée d'infection urinaire à entérocoque, et elle est emportée 3 jours après par ictus.

OBSERVATION. N° 46. - Bart... 92 ans. - Cette malade hospitalisée depuis plusieurs années, était en bon état général

Le 6 Mars 1961, elle est opérée sous anesthésie locale pour hernie crurale étranglée. Elle présente, en chirurgie, une escarre sacrée qui cicatrise rapidement. Elle revient dans le Service le 14 Avril avec un état général déficient, s'aggravant progressivement avec réaction d'abandon. En même temps, apparaissent des phlyctènes au niveau de la fesse gauche et de la région sacrée, qui confluent 2 jours après et s'escarrifient pour atteindre, en 4 à 5 jours, les dimensions de 15 cm, 10 cm et une profondeur de 1 cm environ.

Traitement - Tofranil 30 mg à partir du 20 Avril 1961. En 48 heures, les escarres se nettoient et bourgeonnent

Au septième jour, l'escarre sacrée est comblée ; elle ne reste guère qu'à épidermiser. Parallèlement, on note une importante amélioration de l'état général : la malade s'intéresse, a un visage ouvert, déclare ressentir une amélioration importante

Le 30 Avril, congestion pulmonaire. Aggravation importante de l'état général sous Tofranil. Mais l'escarre n'augmente pas, malgré la fièvre et l'abattement. Guérison en quelques jours. L'état général s'améliore très rapidement. L'escarre a poursuivi son amélioration avec une évolution propre et indépendante de la rechute de l'état général. Elle ne reste encore à épidermiser que sur les dimensions d'une pièce de 5 Fr

Fin Mai, petit fléchissement spontané de l'état général parallèlement phlycténisation et chute de l'épiderme attenant à l'escarre, sur 10, 4 cm. Cette excoriation ne creuse pas. On ajoute de la Vitamine C. Quinze jours après, l'escarre n'a pas épidermisé davantage, mais l'érosion attenante est cicatrisée sur ses trois quarts

Le 20 Juin, traitement interrompu par défaut de médication. Etat général satisfaisant ; excoriation superficielle cicatrisée ; escarre sacrée restant à épidermiser sur 8 cm^2 environ. Un mois et demi après, état inchangé. La malade est décédée en Septembre par ictus

OBSERVATION. N° 47. - Dag... 65 ans. - Malade pléthorique hypercholestérolémique, ancienne lithiasique, myélite d'Erb et paraplégie complète entraînant une immobilisation au lit depuis une dizaine d'années.

Le traitement est donné dans le but d'agir sur une escarre sacrée chez une malade présentant une légère tristesse, plus profonde qu'apparente tout à fait motivée.

L'escarre est banale, due à la compression chez cette obèse paralytique. Elle existe depuis plusieurs mois sans évoluer.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour. Au bout d'un mois, aucun résultat. Le traitement est interrompu sans augmentation des doses car il ne s'agissait pas d'une bonne indication.

OBSERVATION. N° 48. - Gom... 70 ans. - Malade pléthorique, immobilisée par une hémiplégie droite depuis 1 an. Staphylococcie chronique avec poussées subaiguës (cutanées et urinaires), la malade du fait d'intolérance à divers antibiotiques et de la sensibilité du germe, ne peut recevoir que de la Kanamycine, or, elle présente déjà une surdité importante.

Le 10 Mai, on note une nouvelle poussée de staphylococcie urinaire, avec apparition d'escarres sacrées et fessières, se présentant sous la forme d'érosions superficielles, les 3 plus importantes ayant un diamètre de 8, 4 et 3 cm. Cependant, la malade ne présente pas de réaction d'abandon, elle est tonique mais lasse.

Traitement - Tofranil 30 mg par jour.

Dès le neuvième jour, les escarres sont nettement améliorées. Deux escarres persistent seulement, l'une sur 5 cm simple érosion de l'épiderme, et l'autre sur 2 cm, profonde de 2 cm.

Le 23 Mai 1961, la malade présente subitement un état septicémique avec staphylococcie à prédominance pulmonaire. La mort survient en trois jours sans reprise de l'évolution des escarres.

OBSERVATION. N° 49. - Neg... 92 ans. - Malade présentant d'importantes escarres de décubitus apparues, il y a un an, après une fracture du col fémoral.

Elle entre dans le service en Février 1961 sans trouble psychique mais avec un état général profondément déficient. L'escarre sacrée devient de plus en plus étendue et de plus en plus profonde.

Traitement - Tofranil, 30 mg par jour à partir du 12 Avril. L'effet est nul chez cette malade en très mauvais état général. Elle meurt le 26 Avril.

OBSERVATION. N° 50. - Cas... 80 ans. - Hypertendue de longue date, ayant présenté un ictus en Mars 1961 sans perte de connaissance totale mais avec obnubilation profonde.

Hospitalisée le 13 Juillet 1961 pour hémiparesie droite, la malade est inerte et obnubilée. On note depuis quelques jours le début d'une escarre sacrée. Celle-ci s'aggrave rapidement.

Traitement - Tofranil 30 mg le 15 Juillet. L'amélioration étant insuffisante, la dose est portée à 40 mg le 3 Août. L'aggravation de l'escarre est alors stoppée mais la malade reste dans un immobiliste absolu. Cependant elle suit du regard, ouvre la bouche, tire la langue quand on le lui demande.

Le 10 Août, la malade présente un nouvel ictus rapidement fatal.

Nous rapportons d'autres observations d'escarres de décubitus traitées par le Tofranil 10 dans les observations N° 4, 6, 11, 36, 37, 38, 39.

T A B L E A U -

Nous avons schématisé nos observations dans un tableau où nous avons employé les abréviations suivantes :

Pour l'état général :

B = Bon.
P = Passable.
M = Mauvais.

Pour les résultats :

+++ = Résultat excellent.
++ = Résultat bon.
+ = Résultat moyen.
-
0 = Résultat nul et mauvais.

Pour les groupes de référence :

1 = Syndrome de glissement.
2 = Marasme d'hospitalisation.
3 = Mélancolie sénile.
4 = Hypochondrie quérulente.
5a = Démence sénile avec agitation.
5b = Démence sénile tranquille sans contact.
5c = Démence sénile tranquille et sociable.
6 = Grande démence sénile.
7 = Etats pseudo-bulbaires.
8 = Escarres de décubitus.

Nom	âge	Etat général	SYNDROME (groupe de référence)										Dose Max. (mg)	Durée Trait. Semaines
			1	2	3	4	5a	5b	5c	6	7	8		
Fort	74	B	+++										40	18
Boul	89	B	+++										40	36
Vig	78	B	+++								+++		40	7
Bar	92	M	+++									+++	40	8
Sab	81	P	+									+++	30	5
Iza	82	M	+									++	40	13
Coq	79	B	++			++							30	2
Rib	75	B	+										30	4
Bor	81	B	+++										30	5
Sou	84	B	+++										40	4
Wu	88	B	--						--				40	2
Au	92	M	++						++			++	40	8
Puj	65	B	+++	+++									30	13
Chau	91	M	+++						+++				30	6
Pic	93	P		+++									30	8
Ol.	78	B		+++		+++							50	9
Ver	84	B		+++									30	6
Pey	83	B	+++	+++									40 40	7 10
Las	86	P		++ +									30 50	5 18
Ped	74	B		+++									30	7
Nav	70	B		+++									30	12
Ric	84	P			--								40	3
Zim	75	B			--								30	2
Arg	81	B			0								50	7
Cal	69	B				+++							40	10

Dot	88	P	+				--						40	2
Fou	70	B					--						40	2
Bart	92	M	++				--					+++	50	7
Lap	83	B						--					30	5
St Pé	79	B						--					30	1
Bar	84	P						--					50	4
Serv	75	B							+++				50	9
Cam	82	B							--				50	6
Far	79	M							--				40	6
Lau	79	P							0				60	5
Coul	85	P							0				50	5
Seg	83	P							0				40	16
Deg	55	P								+++		0	50	20
Pas	70	M								+++		+++	60	30
Amou	79	M		++						+++	++	+++	50	12
Laj	80	P								+++		+++	50	34
Va	73	P									--		50	3
Bou	73	P									+++		40	20
Arg	79	B		+++							+++		40	30
Pun	85	P	+								+	0	40	6
Bien	75	P									++		50	16
Dag	65	P										0	30	8
Gom	70	M										+	30	3
Neg	92	M	0									0	30	2
Cas	80	M								0		0	40	4

CHAPITRE III

DISCUSSION

1°) - ACTION DU TOFRANIL 10 -

En analysant les différents cas traités, nous pouvons classer et séparer nettement les cas favorables et les cas défavorables, et déceler ainsi les contre-indications et les indications du Tofranil 10.

a/ - Effets défavorables :-

La médication a été inefficace et défavorable

- *Dans les trois cas de mélancolie sénile* que nous avons traités, elle a même accentué l'anxiété de deux de ces malades. Ce résultat peut sembler paradoxal, le Tofranil étant la médication de choix des syndromes dépressifs endogènes. Nous pensons que ce résultat contradictoire provient des faibles doses de Tofranil 10 mg employées (30 et 40 mg.), dans le cadre de la posologie prévue pour notre étude ; cette posologie est nettement inférieure à celle utilisée dans le traitement des dépressions endogènes avec le Tofranil 25 mg.

- *Dans les démences séniles peu profondes* avec une tonalité triste du comportement *mais avec tendance à l'agitation.* Ces troubles répondent davantage à une attitude qu'à une dépression thymique véritable. Le Tofranil 10 mg aux doses de 30 et 40 mg a pu exagérer les déréglements de l'humeur, provoquant de l'agitation et même dans un cas une agitation confuso-onirique, contrairement à ce qu'on a pu observer dans les démences séniles profondes.

Lorsque l'Imipramine est indiquée dans ces petites démences avec instabilité de l'humeur et avec tendance à l'agitation à cause d'un affaissement réactionnel des forces intellectuelles et physiques, la médication peut dépasser son but. Une légère excitation peut se manifester après la résurgence des fonctions vitales mais elle cesse dès l'arrêt du traitement

b/ - Effets favorables

Le Tofranil 10 possède, en gériatrie, *un effet favorable sur les dépressions vitales globales dominées par le découragement et par un état d'inhibition.* Ce sont des états où l'hyposthénie générale domine la véritable dépression vitale globale qui porte aussi bien sur la thymie que sur la sthénie. Avec le Tofranil 10, on observe simultanément un réveil des fonctions intellectuelles, du tonus général, de l'appétit et une amélioration des signes objectifs.

Il importe en effet de reconnaître à l'origine de certains syndromes d'inhibition sénile, l'intime union de la détérioration physique et intellectuelle par l'épuisement de la réactivité psychique, vaso motrice, tissulaire, et humorale ainsi que l'activation réciproque de leur défection. L'inhibition sénile n'est pas seulement le fait de cette détérioration. Les conflits psychologiques ont déjà mis les individus agés en état de minoration intellectuelle.

Ainsi, va se manifester, au bout d'un certain temps, un syndrome de glissement avec anxiété et réaction d'abandon devant l'impossibilité à surmonter les traumatismes physiques, physiologiques et sociologiques de la sénilité. Dans cet état, se trouvent indiscutablement liés un facteur constitutionnel, un état dépressif et une tendance à la mélancolie, ce qui explique l'action excellente de l'Imipramine.

Chez ces malades, l'effondrement des fonctions biologiques et l'aggravation de l'asthénie psychique accentuent les réactions d'abandon et de désintérêt et facilitent la formation d'un syndrome de glissement avec faillite du tonus global.

Les effets du Tofranil 10 mg chez les vieillards nous semblent dus à une action générale et non simplement thymique. C'est pourquoi nous pensons que *le Tofranil 10 mg agit favorablement non seulement sur la dépression vitale sénile, mais aussi sur les syndromes d'inhibition, les torpeurs démentielles et les escarres de décubitus.*

Dans les démences séniles, le Tofranil 10 mg nous a donné des résultats étonnants. Il est vrai que le problème de la démence sénile est complexe et important. Les troubles mentaux qui conditionnent cet état, sont à la base, indiscutablement, d'origine organique : cérébro-sclérose, lésions dégénératives cérébrales métaboliques qui entraînent des troubles intellectuels avec diminution de la mémoire, du jugement et des possibilités d'acquisitions nouvelles. Tout ceci varie, dans sa forme et sa profondeur, selon le vernis social, l'origine géographique de l'individu et sa structure intellectuelle de base.

Les lésions cérébrales de la grande sénilité peuvent être l'occasion de réveler ou d'exagérer des tendances psychiatriques ou, peut-être, de créer des états démentiels vrais avec déchéance intellectuelle, syndrome confuso onirique, états hypo maniaques ou psychoses maniaco-dépressives. Ce sont là des syndromes démentiels auxquels la sénilité confère un caractère et un pronostic particuliers.

Dans la démence sénile pure habituelle, le substratum est, le plus souvent, au départ *une perturbation du "Moi".* Celle-ci se manifeste, tout d'abord, par une perte de la pudeur et de la coquetterie et par

des modifications de l'affectivité avec prise de distance vis à vis de la famille et de l'entourage, avec désintérêt pour les faits habituels et diminution de toutes réactions, en définitive, par *"la prise de distance vis à vis de l'affectivité"*. On note souvent un élément de dérobement affectif, avec dégradation de la personnalité sénile qui décroche de la personnalité fondamentale. Il se produit en quelque sorte un état de dissociation, de séparation et finalement meme d'exclusion de ce qui représente le "Moi" passé. Il y a, à ce stade, une grande souffrance morale et le malade arrive à méconnaître totalement ce qui n'est pas son "Moi" immédiat et à rejeter, par tristesse et écoeurement, ce qui ne touche pas celui-ci

Sans minimiser l'importance très réelle du substratum organique on doit admettre certainement à ce stade un élément affectif de profonde dépression.

Le glissement s'accélère avec rapidité jusqu'à un stade où il paraît s'équilibrer pendant un certain temps. Cet état de stabilisation peut se faire sous forme de désorientation, de confusion simple du sénile. Ce peut être la grande démence totale avec immobilisme

Le malade se stabilise à ce niveau pendant des mois et des années parfois. Il glisse lentement, par paliers successifs. On comprend difficilement comment des troubles métaboliques et cérébraux qui ont entraîné une dégradation aussi importante, parfois en si peu de temps, puissent permettre aux malades une aussi longue stagnation à un tel stade sans s'aggraver

Certains de ces malades à qui nous avons donné du Tofranil 10 mg ont retrouvé un éveil intellectuel important. Ce qui nous fait penser que l'état dramatique dans lequel ils se trouvent, *n'est pas uniquement dû à une cause lésionnelle mais qu'une participation affective est possible.*

Dans certaines grandes démences séniles, où les vieillards aboutissent à un état d'inhibition absolue, parfois même à un état de vie végétative, nous avons obtenu avec le Tofranil 10 mg des résultats qui font penser que l'inhibition comporte un facteur réactionnel psychologique. Ces malades s'enfoncent, souvent très rapidement, dans une torpeur, parfois quasi-catatonique, ou dans une démence intellectuelle avec ou sans inhibition ; le plus souvent, cette évolution rapide ne possède pas de motivation organique apparente suffisante.

Nous pensons que, fréquemment, on trouve à la base non point une attitude mentale mais une réaction psychologique tout à la fois anormale et bien compréhensible si l'on se place "en situation", réaction d'abandon de fuite que satisfait l'absence d'émergence. Cette réaction agressive et anti-sociale est anormale et pathologique à l'origine. Mais elle est expliquée par les conditions psycho-somato-sociologiques du vieillard cérébro-scléreux. Celui-ci est précipité dans les conséquences désastreuses de cette réaction spontanée, faute d'une aide valable et efficace à un stade où les symptômes sont encore réversibles. C'est à ce stade que le Tofranil à 10 mg peut avoir une action favorable. Plus tard, il éveille des réactions favorables en provoquant un retrait. Mais les lésions constituées, la titularisation de l'inhibition par l'involution métabolique ne permettent qu'une amélioration partielle, très faible en général. Cependant, si peu que ce soit, une amélioration dans de telles circonstances, a une importance sociale et de conditionnement d ambiance exceptionnelle, disproportionnée avec le résultat thérapeutique en soi.

Le problème de l'aphasie est à peu près semblable. Qu'il s'agisse des aphasies démentielles ou des aphasies des trands ictus, une réaction d'abandon et d'inhibition vient toujours accentuer les symptômes de la maladie. Ces malades dont nous ne connaissons pas le degré de conservation du langage intérieur, doivent être

atteints d'un découragement profond avant de sombrer dans un désespoir total. Ils se créent un monde nouveau et à part

Il est donc possible dans ces aphasies du sujet âgé que la part de la dépression réactionnelle soit importante et les résultats que nous avons eu avec le Tofranil 10 dans celles-ci, doivent nous y faire penser.

Dans le traitement des escarres de décubitus, le Tofranil agit par une action stimulante des réactions neuro-végétatives et du tonus général. Son action analeptique intervient sans doute indirectement sur le processus biologique général qui conditionne ces graves escarres

Son action est rapide, c'est en peu de temps que l'on constate la stimulation du bourgeonnement et un aspect plus franc de l escarre. Celle-ci se réduit en profondeur et en surface. Son aspect change et *cette grave escarre se transforme rapidement en une plaie "escarrifiée"* semblable à celle décrite dans le cadre de l'escarre sénile banale due aux troubles de la compression des téguments

Le traitement des escarres par le Tofranil 10 mg n'est pas *applicable à toutes les formes de celles-ci* car il faut tenir compte des indications et des contreindications générales de cette médication. Il n'est pas valable dans les petites escarres de compression bien qu'il pourrait y etre intéressant.

L'action bénéfique du Tofranil 10 sur les dépressions séniles vitales vient renforcer l'action de celui-ci sur les escarres. Ces grosses escarres laissent sourdre une sérosité plasmatique importante qui contribue à accentuer la dénutrition et la détérioration de l'état général de ces malades. Et par retour du cercle vicieux, la baisse ou l'effondrement de l'état général vient accentuer l'escarre.

Le Tofranil a donc une action favorable sur la dépression vitale sénile, sur les syndromes d'inhibition, les torpeurs démentielles et les escarres.

c/ - Importance des résultats -

Le résultat va dépendre de l'état antérieur des malades. Dans un certain nombre de cas, nous avons eu des améliorations spectaculaires et indiscutables. Dans d'autres cas, le changement fut modéré mais de grande importance si on considère le changement de situation par rapport au point de départ excessivement bas. Le simple fait d'avoir éveillé, si peu que ce soit la conscience de certains malades en état de démence sénile absolue, de leur avoir permis quelques contacts humains d'avoir donné à certaines personnes le plaisir d'être reconnues par leur mère, apporte une transformation considérable sur le plan humain et même médical.

Nous devons également souligner, comme SCHMIED et ZIEGLER, *l'intérêt porté au traitement par le personnel d'Hospice* à cause du soulagement apporté à son travail auprès de certains malades. Pour ce personnel, en effet, le climat psychologique et l'ambiance de travail sont le plus souvent très déprimants. Plusieurs nous ont manifesté leur satisfaction devant le changement intervenu chez ces malades et le fait de pouvoir désormais donner leurs soins à des personnes plus sensées, moins inhibées, plus participantes.

2°) - INDICATIONS -

Nous allons schématiser les résultats de notre expérience du Tofranil 10 mg.

Nous avons, en effet, utilisé des comprimés de Tofranil dosés à 10 mg, dont les indications, en gériatrie, nous paraissent différentes de celles des comprimés de Tofranil dosés à 25 mg, actuellement d'utilisation courante en psychiatrie

a/ - Absence d'indication ; contreindications -

Le Tofranil 10 mg *ne nous paraît pas indiqué dans la Mélancolie sénile*. Le Tofranil 25 trouve certainement un meilleur emploi dans ces cas. Bien que n'ayant aucune expérience du Tofranil 25, en gériatrie, nous soulignerons avec DELAY la grande prudence avec laquelle cette médication devra etre utilisée chez les sujets âgés

Nous considérons que la médication est *inutile dans les Démences séniles légères*, d'intensité moyenne, *même lorsqu'il existe un certain élément de dépression thymique pure*. L'effet anxiogène de l'Imipramine pourrait même se manifester défavorablement chez ces malades. Ils sont atteints en effet, d'une anxiété conditionnée par un certain nombre de circonstances psychologiques et pathologiques dues à la vieillesse. La réponse intellectuelle d'autre part, est mauvaise à une thérapeutique dont l'effet psycho-analeptique est ici disproportionné.

La médication *doit être évitée lorsqu'il existe une tendance maniaco-dépressive ou une agitation de base même si le vieillard présente une tonalité triste*.

Elle doit etre évitée au cas de paralysie vélo-labio-glosso laryngée notable

b/ - Indications -

Au contraire, le Tofranil 10 mg est une *médication intéressante du Marasme d'hospitalisation* et des *"syndromes de glissement aigu"* où interfèrent une dépression neuropsychique et un affaissement de l'équilibre biologique. L'effet est plus net quand le syndrome de glissement est précipité par une agression franche et lorsque le traitement est précoce.

Il agit favorablement dans *certains états hypochondriaques avec quérulence*, quand cette réaction est motivée par le découragement du à la vieillesse, à ses misères et ses maladies.

Il est indiqué, en outre, *dans la grande démence sénile avec réaction d inhibition*. Dans ces cas, nous avons obtenu un éveil, certes modéré mais important sur le plan psycho-sociologique et thérapeutique.

Nous avons obtenu également un effet favorable sur la *dépression des pseudo-bulbaires* ainsi que sur l'élément organique du syndrome, dysarthrie et troubles de la mimique émotionnelle

Enfin, le Tofranil 10 mg améliore dans une certaine mesure *les Escarres de décubitus* accompagnant le syndrome de glissement.

3°) - POSOLOGIE

Nous avons utilisé des comprimés de Tofranil dosés à 10 mg. Nous suivons actuellement le schéma thérapeutique suivant :

- *Fractionnement des doses* en 3 prises quotidiennes (matin, midi et soir), en ne dépassant pas 20 mg par prise.

- *La dose quotidienne initiale doit être de 30 mg*. Au commencement de notre étude, nous avons suivi une progression en débutant à 10 mg, puis 20 mg, et enfin 30 mg, ce qui est totalement inutile, car nous n'avons jamais observé la moindre réaction désagréable avec une dose initiale de 30 mg

Nous regrettons d'avoir maintenu pendant trop longtemps cette dose de 30 mg. Il faut, en effet, essayer d'obtenir le résultat maximum le plus rapidement possible. *Or la dose utile est le plus souvent de 40 mg par jour.*

- Nous faisons une *progression assez rapide* passant au bout de 5 à 10 jours, de 30 à 40 mg. Puis, nous restons à cette dose pendant une quinzaine de jours Nous augmentons ensuite à 50 mg et exceptionnellement à 60 mg, sans qu'il soit utile ou judicieux de dépasser cette dose. Un meilleur résultat n'est pas obtenu et nous avons eu l'impression que c'était le maximum utile.

- *L'interruption du traitement* peut être *brusque, sans réaction secondaire* ; mais il nous semble préférable de réduire les doses à 20 mg pendant 3 ou 4 jours avant de cesser tout traitement

Il nous est arrivé de ne maintenir le Tofranil 10 mg que 4 ou 5 jours par semaine, pendant plusieurs semaines, enfin d'en entretenir l'effet

- Si l'on obtient *une légère réaction d'agitation, les sédatifs peuvent être associés au Tofranil 10 mg* ; nous avons eu de meilleurs résultats avec la thioridazine qu'avec la phénothiazine et les barbituriques.

Cependant, les syndromes d'excitation, les hypertonies importantes et les paralysies labio-glosso-laryngées des pseudo-bulbaires, l'insuffisance cardio-circulatoire avec chute tensionnelle non réactionnelle, les crises convulsives, les dénutritions séniles *contre-indiquent le traitement*. Celui-ci doit être interrompu, si le faciès se fige avec fixité du regard.

La tension artérielle, le pouls, la protidémie doivent être surveillés en cours de traitement.

- Connaissant la particulière réactivité des vieillards à toutes thérapeutiques psychanaleptiques, il est bon de neutraliser la possibilité d'une réaction neuro-végétative et métabolique, en associant au Tofranil 10 mg, des vasodilatateurs et du coenzyme A

Cette association a toujours été profitable, entraînant le plus souvent un regain d'activité.

La fréquence de l'insuffisance des fonctions surrénaliennes et de la baisse de l'ascorbémie chez les sujets agés, nous a enclin à associer des anabolisants protidiques et de la vitamine C à notre médication.

Il est également bon de veiller à ce que la ration alimentaire soit équilibrée et suffisante.

4°) - TOLERANCE -

Le Tofranil 10 mg est généralement très bien toléré.

On sait que le Tofranil 25 mg peut occasionner des accidents secondaires pour la plupart bénins. Les plus sérieux sont les manifestations vasculaires et neuro-psychiques

Les effets bénins sont la sécheresse de la bouche, les crises sudorales, les céphalées, les vomissements et les nausées, mais ils réagissent favorablement aux correcteurs habituels.

Par contre deux sortes d'accidents plus importants et nécessitant une surveillance régulière ont été signalés. Ce sont :

Les troubles cardio-vasculaires, risque d'hypotension et de vertiges orthostatiques, de tachycardie, voire de collapsus.

- Les troubles neuro-psychiques, syndrome d'excitation hypomaniaque, bouffées confuso-oniriques, perturbation du sommeil, pouvant être évités grâce à l'association de neuroleptiques et de sédatifs

Les rétentions d'urine et les dysuries doivent également être signalées mais elles n'apparaîssent que chez les sujets ayant des antécédents urinaires ou pelviens.

Au cours de notre étude réalisée avec du Tofranil à 10 mg, nous n'avons pas observé *d'incidents sévères* bien que traitant des malades âgés et le plus souvent en mauvais état général, il est vrai que nous sommes toujours restés en deça des hautes doses utilisées en thérapeutique psychiatrique avec le Tofranil 25 mg (doses arrivant jusqu'à 350 mg par jour). Nous avons toujours employé des doses faibles ne dépassant jamais 60 mg par jour

Nous avons, cependant, noté chez l'une de nos malades *une réaction hypertensive*, celle-ci est apparue une quinzaine de jours après l'application de la médication. La tension artérielle qui était de 25 x 11, est revenue à son niveau antérieur 17 x 9 quelques jours après l'arrêt du traitement par le Tofranil

Il s'agit d'une réaction inversée comparable à l'effet thymique inversé que nous avons constaté chez deux de nos malades mélancoliques chez lesquelles le Tofranil à faible dose a provoqué de l'anxiété : réactions très anormales et d'ailleurs exceptionnelles. Ces réactions inversées se retrouvent dans toutes les thérapeutiques : les barbituriques, par exemple, peuvent énerver certains malades.

Nous avons observé dans 2 cas une *hypotension avec tendance au collapsus progressif*. Il nous est difficile d'attribuer cela à l'action du médicament. On sait, en effet, que les grands vieillards peuvent mourir, après une longue phase de glissement, dans un tableau de dérèglement neurovégétatif diencéphalique. Ce

dérèglement peut se manifester de deux façons :

- soit par *hyperthermie brusque* s'élevant d'heure en heure pour atteindre rapidement 42°. La mort survient en quelques heures dans un tableau d'hyperthermie considérable, 43° parfois

- soit par *un aspect "en miroir"*, moins rapide. C'est *un tableau d'hypothermie* à 35°, avec paralysie vaso-motrice globale, cyanose périphérique et chute tensionnelle considérable, pouvant être améliorée grâce aux corticoïdes et aux analeptiques à hautes doses.

Deux de nos malades ont présenté ce tableau que nous avons observé chez d'autres vieillards en dehors de toutes thérapeutiques à effet neurovégétatif par le Tofranil ou par un autre produit à action comparable.

Nous avons arrêté le traitement dans les deux cas ; l'évolution s'est poursuivie comme d'habitude pendant 2 ou 3 semaines. Chez une de ces malades, nous avons repris le Tofranil après 5 ou 6 jours d'arrêt. Cette reprise n'a pas modifié la légère amélioration obtenue grâce à la thérapeutique habituelle de ces cas.

L'apparition de ce dérèglement neuro-végétatif, au cours de traitement par le Tofranil, peut être due à une simple coïncidence. Mais, vu l'action du Tofranil sur les centres diencéphaliques, nous n'excluons pas l'hypothèse que cette médication ait déclenché ou accéléré ce syndrome. Il est, donc, préférable *d'éviter cette thérapeutique* chez les malades *en état de cachexie sénile trop prononcée*.

Il faut, également, l'éviter dans les crises convulsives, dans les hypertonies importantes et dans les paralysies labio-glosso-laryngées des pseudo-bulbaires. Dans ces cas, on doit l'interrompre s'il apparaît une rigidité du visage avec regard figé.

La médication est également contre-indiquée dans les cas de dénutritions séniles, dans l'insuffisance cardio-circulatoire avec chute tensionnelle non réactionnelle

CONCLUSION

L'Imipramine étant un psychanaleptique dont les effets sont favorables dans un grand nombre de dépressions, nous l'avons utilisé pour *le traitement des grandes dépressions vitales séniles*, c'est-à-dire les états dépressifs séniles caractérisés par un effondrement de toutes les fonctions physiques et psychiques et dont la forme la plus typique est représentée par le syndrome de glissement. Ces états peuvent aller de la simple réaction dépressive, motivée par une agression psychologique ou pathologique, jusqu'à certaines formes de démence sénile

Nous n'avons pas appliqué les fortes doses habituellement utilisées dans le traitement des dépressions pures, même en psychiatrie gériatrique, car nous avions à traiter des sujets âgés présentant un effondrement psychique et physique et une grande fragilité vis à vis des thérapeutiques psychanaleptiques

Nous avons utilisé des comprimés de Tofranil dosés à 10 mg. Nous avons employé des doses quotidiennes de 30 mg au début ; nous les avons augmentées à 40 mg par la suite, rarement à 50 mg et exceptionnellement à 60 mg.

La posologie optimum est en général de 40 mg par jour. La tolérance, à ces doses, a été bonne.

La médication doit être donnée à une phase précoce de la maladie et l'action du Tofranil doit être complétée par une médication à effet biologique général, analeptique, vaso-dilatateur et anabolisant protidique. S'ils sont nécessaires, les sédatifs peuvent également être associés.

Nous avons obtenu avec ces doses relativement faibles de Tofranil 10 mg, de très bons résultats dans le *"Marasme d'hospitalisation"* et dans *les syndromes de glissement* secondaires à une agression pathologique ou psycho-affective.

Nous avons noté des résultats curieux dans *la démence sénile* (où le Tofranil 10 mg réduit les réactions d'inhibition et d'inertie surajoutées) et dans *certains syndromes pseudo-bulbaires*.

Dans *les escarres de décubitus* conditionnées par un effondrement biologique et somatique et par une défaillance du tonus végétatif, nos résultats ont été favorables parfois même remarquables. Par contre, le Tofranil 10 mg n'agit pas sur les escarres compressives banales.

Nos résultats ont également été nuls dans le traitement des *mélancolies séniles* où le Tofranil 10 mg peut exagérer ou réveiller l'agitation et la tristesse, réaction disparaissant dès l'arrêt du traitement et où le Tofranil 25 mg est, peut-être, indiqué, ce dont nous n'avons pas la pratique.

Donc, l'utilisation du Tofranil 10 mg dans les grandes dépressions vitales séniles avec syndrome de glissement aigu et "Marasme d'hospitalisation", a donné des résultats excellents Des améliorations importantes peuvent également être obtenues dans certaines formes d'escarres, dans la démence sénile et dans certains états pseudo-bulbaires.

Malgré une bonne tolérance d'ensemble, le Tofranil 10 mg doit être utilisé, chez les grands vieillards, sous surveillance de la tension artérielle.

L'association d'analeptiques cardio-circulatoires, d'une vitaminothérapie et d'anabolisants est particulièrement indiquée.

VU : Le PRESIDENT,

DARDENNE

VU : Le DOYEN

LAZORTHES

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Toulouse, le 21 Mai 1962

Le RECTEUR,

Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

ALBEAUX-FERNET. - Etude clinique du vieillissement. Rev. de Médecine. 14. 1961.

BARUK H. - Traité de Psychiatrie. Masson, Edit.

BENOISTON J, GEST et CREACH. - Sur l'importance des troubles mentaux de la sénilité. Cong. Psych. neuro de langue française. Rennes, 1951.

BINET L, BOURLIERE F. - Précis de gérontologie. Masson, Edit. 1955.

BONNAFE et coll. - Sur l'importance des troubles mentaux de la Sénilité. Cong. Psych., neuro de langue française. Rennes, 1951.

BOURLIERE F et DRY J. - Possibilités thérapeutiques en gérontologie. Rev. de Médecine. 14. nov. 1961.

CAMERON E. - The use of Tofra nil in the aged. Canad. Psych. Ass. J. 4. 160. 1959.

CAILLE P. - Contribution à l'étude de la chimiothérapie des états dépressifs. Thèse Méd. Paris, 1960. N° 210.

CHRISTE P. - Les indications du Tofranil en Gériatrie. Schweitz, Med. Woch. 90. 22. 588 - 590. 1960.

COLLIER G. et MARTIN A. - Les effets secondaires du Tofranil. Ann. Med. Psycho. 1960. 118. I. 4. 719-738.

DARDENNE P., DUCOS et FAVARD P. - Notes sur l'équilibre protidique des sujets âgés. Société Méd. Chir. Pharm. de Toulouse. 15 Décembre 1959.

DARDENNE P. et SOLEIHAVOUP J.P. - Effets de la Thioridazine sur le comportement des femmes âgées en milieu d'hospice. Toulouse - Médical ; 62. 6. 447. 1961.

DARDENNE P., Mlle MAVIEL et SALVADOR M. - Considérations sur les dépressions séniles. Leur traitement par le Tofranil 10 mg. Revue Française Gérontologie 1962 (sous presse).

DELAY J., DENIKER P., et LEMPERIERE T. - Les nouvelles chimiothérapies des états dépressifs et mélancoliques. L'Imipramine. La Presse Médicale. 1959. 67. 23. 923-926.

DELAY J. et coll. - Etude de l'efficacité de l'Imipramine dans le traitement des états dépressifs. Ann. Méd. Psych. 117. 521. 1951.

DELAY J., DENIKER P. et GINESTET D. - Deux années d'expérience de l'Imipramine. Ann. Méd. Psych. 119. I. n° 2. 234-238. 1961.

DELORE, MIRAILLET et CUFFRA. - Sur l'état mental des gens âgés. Données pratiques. Rev. Lyon. Méd. 9. 13. 9 Juillet 1960.

DEMUTH E. - Quelques problèmes psychiatriques des gens âgés. Rev. Lyon. Méd. 9, 13, 9 Juillet 1960.

DENIKER P. - Progrès récents des chimiothérapies psychiatriques. Cahier Laennec. 2, 4. 1959.

DOMENJOZ R. - Zur Pharmacologie des Tofranil. Arch. int. pharmaco. 120. 450. 1959.

EY, BERNARD NOEL, DEDIEU-ANGLADE. - Pathologie mentale de la sénescence et de la sénilité. Ency. Médico-Chir. Psychiatrie, tome 2. Pa. 37530.

FAVARD P. - Contribution à l'étude du sang et des protéines plamatiques chez le vieillard. Thèse Méd. Toulouse 1959.

GAYRAL L., CARRIE J., HURON R. et STERN H. - Episodes obsessionnels traités par l'Imipramine. Cong. psych., neuro de langue française. Tours 1959.

GELINET M. - Etude psychique du vieillard. Rev. de Médecine. N° 14. Novembre 1961.

GINESTET D. - Action des médicaments dépresseurs. Thèse Méd. Paris 1960.

GUIRAUD P. - Psychiatrie clinique. Le François. Edit. Paris. 1956.

HALPERN G. et CIRILLI M. - Résultats des traitements de couverture des psycho-analeptiques. Entretiens de Bichat. Oct.1961.

KUHN R. - Du traitement des états dépressifs par un dérivé de l'Iminodibenzyle. Schweiz. Med. Wschr. 87. 1135. 1957.

LEHMAN et coll. - The treatment of depressive conditions with Imipramine. Canad. Psych. Ass. J. 3. 155. 1958.

MINKOWSKI E. - Problèmes d'adaptation au cours de la vieillesse. Sem. Hop. Paris. 2294. 1950.

MONARD Y. - Les chimiothérapies des états dépressifs. Thèse Méd. Toulouse. N° 42. 1960.

PICHOT P. - Le syndrome dépressif clinique et thérapeutique. Sem. Hop. 35. 722. 1959.

POSTEL J., RANCOULE M. et POSTEL P. - Recherches sur les conditions psycho-affectives de la défaillance psychique du vieillard. Cong. Psych. Neuro. de langue française. Strasbourg. 1958.

SCHMIED J. et ZIEGLER A. - Le Tofranil en gériatrie. Praxis. 49. 19. 472. 19 Mai 1960.

SCHNEIDER P. - L'angoisse de l'homme malade. Rapport au 3ème coll de Psych. Méd. Lausanne. Septembre 1960.

SCHULLER E. - Les nouveaux traitements des états dépressifs. Vie Méd. 40. 52. 103. Noel 1959.

SIGG E. - Pharmacological stude with Tofranil. Canad. Psych. ass. J. 4. 575. 1959.

VALAT. - Contribution à l'étude du métabolisme de la vitamine C chez le vieillard. Thèse. Méd. Toulouse. 1962. (sous presse).

Vieillesse (la). Problème d'aujourd'hui. Collection "Convergences". Edition SPES. Paris, 1961.

TABLE DES MATIERES

Pages

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I

Problèmes psycho-pathologiques de la sénilité (motivation d'un traitement par l'Imipramine) 3

1°) Les problèmes psycho- logiques de la vieillesse 4
2°) Les modalités réactives du vieillard 5
3°) Rappel sur l'Imipramine 7

CHAPITRE II

Recherches personnelles 9
1°) Syndrome de glissement aigu 11
2°) Marasme d'hospitalisation 20
3°) Mélancolie sénile 26
4°) Hypochondrie quérulente 29
5°) Démence sénile 31
6°) Grande démence sénile et aphasie démentielle 38
7°) Etats pseudo-bulbaires 43
8°) Escarres de décubitus 48

CHAPITRE III

Discussion 56
1°) Action du Tofranil 56
2°) Indications 63
3°) Posologie 64
4°) Tolérance 66

CONCLUSION 69

BIBLIOGRAPHIE 72